



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

## **O PROCESSO TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA DA PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO**

**SANDRA MEIRA**





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

**Sandra Cristina Belo Meira**

## O PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE/ DOENÇA DA PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efectuado sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira

e co-orientação da  
Mestre Arminda Lima Vieira

Maio de 2017



## RESUMO

O número de pessoas vítimas de enfarte agudo miocárdio constitui uma realidade preocupante para os profissionais de saúde, por ser uma patologia que se mantém como principal causa de morte na população portuguesa. Apesar de nas últimas décadas se apostar em campanhas sistemáticas de prevenção, do progresso científico ao nível do diagnóstico e da terapêutica, esta doença continua a representar uma das principais causas de mortalidade e morbilidade, com impacto a nível pessoal, familiar, social e económico das sociedades.

É necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, desenvolvam competências para intervir ativamente junto da pessoa com enfarte agudo miocárdio a vivenciar a transição saúde/doença, de modo a que a pessoa adquira qualidade de vida e bem-estar ou seja desenvolva uma transição positiva.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo principal compreender o processo de transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo do miocárdio, a fim de contribuir para uma melhor prática de cuidados, favorecedora de uma transição saudável, com ganhos positivos para os envolvidos.

Para a concretização deste estudo e dar resposta aos objetivos delineados, adoptou-se por uma abordagem qualitativa de carácter exploratório e descritivo. Como estratégia de recolha de dados optou-se pela entrevista semi-estruturada que foi dirigida a dez pessoas com enfarte agudo do miocárdio que cumpriram os critérios de inclusão.

Da análise dos dados, segundo o referencial teórico e metodológico de Bardin (2011), obtivemos um conjunto de áreas temáticas: significado do evento, implicações do enfarte agudo miocárdio, fatores facilitadores do processo transição saúde/doença e percepção da intervenção de enfermagem. Especificamente, e no que diz respeito ao significado do evento, os participantes identificaram um conjunto de sintomas físicos e de sentimentos associados à doença, bem como a percepção e reconhecimento da doença e dos comportamentos de risco associados. Relativamente às implicações do EAM, os participantes reportaram diversas alterações na sua vida como consequência do diagnóstico, destacando-se alterações ao nível do estilo de vida (ex., exercício físico, adesão à terapêutica medicamentosa, cessação tabágica, alteração de hábitos alimentares). No que diz respeito aos fatores facilitadores da transição, os pacientes destacaram o envolvimento da equipa multidisciplinar, o apoio da família, o programa de reabilitação cardiovascular, bem como características pessoais. Por fim, no âmbito da percepção dos doentes em relação à

equipa de enfermagem, destacam-se como intervenções valorizadas a vigilância contínua, a informação prestada e o apoio, bem como a competência dos profissionais e a relação com a equipa multidisciplinar.

Os resultados desta investigação são reveladores que as intervenções de enfermagem são potenciadoras de transições bem-sucedidas da pessoa com enfarte agudo do miocárdio. Promover a aquisição de mestria, identificando as perceções, os sentimentos, os fatores facilitadores, as implicações na pessoa com enfarte miocárdio, visando um ajustamento e adaptação eficaz, uma integração fluida da nova identidade (doente de risco), com o intuito de adquirir qualidade de vida e bem-estar, proporciona ao doente experienciar uma transição positiva.

Acreditamos que este trabalho terá importantes implicações futuras para a prática de enfermagem, nomeadamente na construção de modelos de actuação que tenham em consideração a multidimensionalidade dos processos de transição experienciados pelos doentes com EAM; na formação dos pares; e por último, na investigação através da replicação destes resultados noutros contextos e com outros participantes.

**Palavras-chave:** Pessoa, Enfarte Agudo do Miocárdio, Transição Saúde-Doença, Enfermagem

## ABSTRACT

The number of victims of acute myocardial infarction (AMI) is a concerning reality to healthcare professionals, as this disease is still the leading cause of mortality in Portugal. Although there have been recent efforts in promoting prevention strategies, in advancing scientific knowledge and interventions, this disease continues to represent one of the major causes of mortality and morbidity, with a broad impact at the personal, familiar, social, and economic level.

It is thus necessary that healthcare professionals, namely nurses, develop competencies to actively intervene with the patient with acute myocardial infarction to promote positive health-illness transitions.

In this context, the present study aims to understand the health-illness transition of the individual with AMI, and to contribute to better care-providing that promotes healthy transitions, with positive gains for all persons involved.

In order to accomplish our main aims we used an exploratory and descriptive qualitative approach. As a data collection procedure, we used semi-structured interviews with ten patients with AMI that complied with our inclusion criteria.

From the analysis of the data, according to the theoretical and methodological framework of Bardin (2011), we obtained a set of thematic areas: meaning of the event, implications of the acute myocardial infarction, facilitators of health-illness transition, and perception of the nursing intervention.

Regarding the meaning of the event, participants identified several physical symptoms and feelings related to the disease, as well as the perception and acknowledgment of the disease and risk behaviors. Regarding the implications of the disease, participants reported several changes in their lives as a consequence of the diagnosis, in particular related to their lifestyle (e.g., physical exercise, adherence to treatment, smoking cessation, changes in eating habits). As facilitators of health-illness transition, participants identified the involvement of the multidisciplinary team, family support, the cardiac rehabilitation program, and personal characteristics. Finally, regarding the perception of the nursing team, patients valued interventions such as continuous vigilance, information provided and support, as well as professionals' competency and the relationship with the multidisciplinary team.

Results of this research project reveal that nursing interventions may facilitate a successful transition in the person with AMI, with good results and health gains. It is

important to promote mastery and to identify perceptions, feelings, facilitators, and implications for the person experiencing AMI, in order to promote an effective adaptation and a fluid integrative identity (at-risk patient) and ultimately quality of life and well-being.

We believe that this work will have important future implications for Nursing, specifically regarding the creation of therapeutic interventions that take into account the multidimensionality of transition processes in patients with AMI; in the training of peers; and in research through the replication of these findings to different contexts and participants.

**Keywords:** Person, Acute Myocardial Infarction; Health-Illness Transition; Nursing.



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria Aurora Pereira pelo incentivo e pela partilha de conhecimentos;

À Professora Mestre Arminda Lima Vieira pelas sugestões e disponibilidade durante toda esta caminhada, pela compreensão e encorajamento;

Um agradecimento especial às pessoas com enfarte agudo do miocárdio que, pela sua disponibilidade e generosidade aceitaram participar neste estudo enriquecendo-o com as suas experiências;

Ao Centro Hospitalar do Porto pela disponibilidade para a realização do estudo;

Às colegas do serviço de Cardiologia pela colaboração prestada;

Às minhas amigas pela verdadeira amizade, bem como pelo tempo que não lhes pude dedicar nesta caminhada;

Aos meus Pais pelo carinho, pelas palavras de incentivo e toda a força que sempre me transmitiram;

Ao meu Irmão pelo amor e compreensão.

Grata.



*“Sem sonhos, a vida não tem brilho.  
Sem metas, os sonhos não tem alicerces. Sem prioridades, os  
sonhos não se tornam reais.”*

Augusto Cury



# **SIGLAS e ABREVIATURAS**

## **SIGLAS**

EAM - Enfarte Agudo Miocárdio

E - Entrevista

UPRCV - Unidade de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular

## **ABREVIATURAS**

Exempli gratia- e.g.

Exemplo- ex.

Et alii (e outros) - et al.

Ex.mo - Excelentíssimo

n.<sup>o</sup> - Número

p. - Página

% - Percentagem

& - E



# SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**AGRADECIMENTOS**

**PENSAMENTO**

**SIGLAS e ABREVIATURAS**

**FIGURAS E TABELAS**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I - A PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO E O PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA</b>	<b>3</b>
<b>1. A Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio</b>	<b>5</b>
1.1. EAM: Da Fisiopatologia à Intervenção Terapêutica	6
1.2. Impacto Psicossocial do EAM	16
1.3. Cuidados de Enfermagem da Pessoa com EAM	18
<b>2. O Processo Transição Saúde/Doença da Pessoa com EAM: Intervenção de Enfermagem</b>	<b>20</b>
2.1. O Processo de Transição Saúde/Doença	20
2.2. Os Cuidados de Enfermagem no Processo Transição Saúde/Doença da Pessoa com EAM	27
<b>CAPÍTULO II - O PECURSO METODOLÓGICO</b>	<b>31</b>
<b>1. Da Problemática aos Objetivos do Estudo</b>	<b>33</b>
<b>2. Tipo de Estudo</b>	<b>35</b>
<b>3. O Contexto e os Participantes do Estudo</b>	<b>36</b>
3.1. O Contexto	36

3.2. Os Participantes	37
<b>4. Procedimento de Recolha de Dados</b>	<b>38</b>
<b>5. Procedimento de Análise de Dados</b>	<b>40</b>
<b>6. Considerações Éticas</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	<b>43</b>
1. Significado do Evento	46
2. Implicações do EAM	51
3. Fatores Facilitadores do Processo Transição Saúde/ Doença	55
4. Perceção da Intervenção de Enfermagem	58
<b>CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>63</b>
<b>CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>99</b>
ANEXO I - Pedido de autorização às entidades responsáveis	101
ANEXO II - Declaração de autorização do estudo	107
ANEXO III - Termo de consentimento informado	111
<b>APÊNDICES</b>	<b>113</b>
APÊNDICE I- Guião da entrevista	115
APÊNDICE II- Documento Informativo	119
APÊNDICE III- Quadros Síntese das áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo	123



# FIGURAS E TABELAS

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Modelo de Médio-alcance das Transições em Enfermagem de Meleis	22
<b>Figura 2.</b> O processo de transição saúde/doença a pessoa com EAM-Intervenção de Enfermagem: Áreas temáticas, categorias e subcategorias	45
<b>Figura 3.</b> O Processo de transição saúde-doença da pessoa com EAM-Resultados em síntese	77

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização dos participantes	38
<b>Tabela 2.</b> Significado do evento: Categorias e Subcategorias	46
<b>Tabela 3.</b> Implicações do EAM: Categorias e Subcategorias	51
<b>Tabela 4.</b> Fatores facilitadores do processo transição saúde/doença: Categorias	55
<b>Tabela 5.</b> Percepção da Intervenção de Enfermagem: Categorias e Subcategorias	58



# INTRODUÇÃO

Atualmente enfrentamos um aumento significativo dos níveis de morte e incapacidades em resultado da doença crónica. Em Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares são muito prevalentes sendo responsáveis por importantes défices funcionais que se manifestam ao nível físico e psicossocial. Estas apresentam-se como a principal causa de morte em Portugal, tratando-se de um problema de saúde pública.

As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade e morbilidade nos países industrializados, apesar do progresso científico ao nível do diagnóstico e da terapêutica (André, 2005).

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) representa uma das principais causas de mortalidade e morbilidade a nível mundial, com impacto a nível pessoal, familiar, social, económico de saúde e das sociedades, pelo que esta patologia assume particular relevância dentro das doenças cardiovasculares (Direção Geral de Saúde, 2006). Por este facto, a abordagem destas doenças justifica uma atuação planeada e organizada do sistema de saúde, através da implementação de medidas que não só evitem estas doenças, mas também reduzam as incapacidades por elas causadas e prolonguem a vida (Cordenação Nacional Doenças Cardiovasculares, 2009). Neste sentido, é importante intervir neste processo de transição saúde/doença de modo a capacitar a pessoa e família a lidar com a situação.

Considerando que a pessoa com EAM tem necessidade de adaptação à sua condição de saúde/doença esta dimensão dos cuidados de enfermagem é verdadeiramente significativa pela ajuda à pessoa na vivência de transições saudáveis.

As transições são resultado e resultam em modificações na vida, na saúde, nas relações e ambientes das pessoas (Meleis [et al.], 2000). Traduzem uma alteração no estado de saúde, nos papéis desempenhados, nas expectativas e nas habilidades e conhecimentos do paciente, o que implica a incorporação de novo conhecimento, a alteração de comportamentos e ainda, alteração da visão de si no contexto social (Meleis, 2007).

O reconhecimento de que a forma como a pessoa com EAM vivencia o processo de transição saúde/doença, evidencia as necessidades de cuidados de Enfermagem, e que estes devem corresponder às expectativas da pessoa, conduziu-nos ao

interesse em realizar um estudo que incidisse sobre esta temática, com o objetivo compreender o processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM.

Para além da mais-valia pessoal, pretendemos contribuir para o atendimento mais completo da pessoa com EAM, repercutindo-se na percepção de melhor qualidade de vida.

Logo, a escolha da área de estudo considerou não só os aspetos de apetência pessoal, mas também o potencial contributo para a qualidade dos cuidados de enfermagem e da pessoa com EAM.

Considerando o objectivo traçado, pretendemos fazer um estudo exploratório descritivo, no âmbito do paradigma qualitativo.

Este relatório encontra-se estruturado nos seguintes capítulos. No primeiro capítulo, efetuamos o enquadramento teórico que assenta nos eixos estruturantes da temática, a pessoa com EAM, a transição saúde/doença e nos cuidados de enfermagem no processo transição saúde/doença da pessoa com EAM que auxiliam a compreensão da problemática. O segundo capítulo integra o percurso metodológico desde a problemática aos objetivos do estudo; tipo de estudo; contexto e participantes; procedimento de recolha e análise de dados e por último as considerações éticas. No terceiro capítulo apresentamos e analisamos os resultados obtidos e no quarto procedemos à discussão dos mesmos. No último capítulo apresentamos as principais conclusões e implicações do estudo de investigação que, na nossa perspetiva pode constituir importantes contributos para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem e um ponto de partida para outras investigações na área.

## **CAPÍTULO I**

### **A PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO E O PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA**



Neste capítulo pretendemos explorar em termos teóricos os eixos estruturantes da problemática em estudo, abordando a pessoa com EAM, desde a fisiopatologia à intervenção terapêutica, passando pelo impacto psicosocial, assim como o processo de transição saúde/doença e os cuidados de enfermagem da pessoa com EAM.

## **1. A Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio**

Segundo dados epidemiológicos, as doenças cardiovasculares são atualmente a primeira causa de morte nos países desenvolvidos, sendo que todos os anos cerca de 17 milhões de pessoas no mundo morrem devido a estas doenças, representando cerca de 30% das mortes mundialmente. Dentro destes valores, cerca de 7.3 milhões de pessoas morreram devido a doenças cardíacas coronária. Estima-se que o número de pessoas que morrem de doenças cardiovasculares, sobretudo doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais, vai aumentar para 23.3 milhões em 2030, fazendo com que estas doenças continuem a liderar as causas de morte (Organização Mundial de Saúde, 2016).

Na Europa, os dados mais recentes demonstram tendências semelhantes. Especificamente, de acordo com Townsend [et al.], (2016), baseados na World Health Organization Mortality Database, todos os anos ocorrem 4 milhões de mortes na Europa e 1.8 milhões de mortes na União Europeia devido a doenças cardiovasculares, sendo que estas doenças representem 45% de todas as mortes na Europa e 37% de todas as mortes na União Europeia.

Apesar da mortalidade associada às doenças cardiovasculares estar a decrescer em quase todos os países da Europa, a sua incidência e prevalência continuam a ser significativas, representadas pelos cerca de 6 milhões de novos casos de doenças cardiovasculares na União Europeia (sendo metade destes casos resultantes de doença cardíaca isquémica) e mais de 11 milhões em toda a Europa, todos os anos.

Em Portugal as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte, representando cerca de 30% do número total de óbitos (Rocha & Nogueira, 2015). Apesar de elevadas, as taxas de mortalidade associadas às doenças cardiovasculares têm diminuído numa tendência progressiva e consistente nas duas últimas décadas em Portugal assim como na maioria dos países Europeus (Rocha & Nogueira, 2015). Contudo, as hospitalizações por doenças cardiovasculares aumentaram, consequência do aumento da esperança média de vida entre outros

fatores, o que demonstra o aumento da sobrecarga destas doenças no sistema nacional de saúde apesar da descida da mortalidade.

Dados específicos referentes ao EAM apontam para uma taxa de mortalidade de cerca de 22%, o que corresponde a aproximadamente 4 000 óbitos anuais. Anualmente ocorrem cerca de 12 000 casos de EAM, sendo que o número de admissões se tem mantido estável. A letalidade, durante as hospitalizações por EAM, tem demonstrado uma descida nos últimos anos, resultante do aumento da qualidade dos cuidados de saúde desde o diagnóstico precoce até ao tratamento (Rocha & Nogueira, 2015).

O reconhecimento das doenças cardiovasculares como a principal causa de morte em Portugal e o seu lugar entre as principais causas de internamento hospitalar levaram o Ministério da Saúde a elaborar um programa de ação destinado ao controlo das doenças cardiovasculares. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (Direção Geral de Saúde, 2003) tem como objetivo reduzir os fatores de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular e a adequação do seu tratamento, através de uma melhoria das práticas profissionais na área cardiovascular, incluindo atuações preventivas, de natureza primária, secundária ou de reabilitação.

Perante a pessoa com EAM, que vivencia um processo de doença súbita, o foco de atenção dos enfermeiros no seu exercício profissional são os diagnósticos das respostas humanas à doença e aos processos de vida a partir dos quais viabilizam a produção do processo de cuidados, em parceria com a pessoa com EAM e família, sendo o processo de intervenção assente na relação interpessoal. Neste sentido, a pessoa com EAM requer do enfermeiro uma postura com atitudes de apoio e disponibilidade perante o processo de doença súbita, devendo este ter presente que “pessoa” segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.6), “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e desejos de natureza individual, o que a torna num ser único, com dignidade própria e direito à autodeterminação.

### **1.1.A Pessoa com EAM: Da Fisiopatologia à Intervenção Terapêutica**

A doença das artérias coronárias é uma designação genérica que engloba a obstrução do fluxo sanguíneo através das artérias coronárias, nomeadamente, angina estável, angina instável, EAM, e a morte súbita cardíaca. As duas etiologias



mais prevalentes da doença das artérias coronárias são a aterosclerose e o vasoespasmo coronário (Haugh & Keeling, 2003).

Segundo Quinn, Webster & Hatchett (2006) a doença coronária é o termo utilizado para descrever os efeitos da redução ou obstrução completa do fluxo de sangue e transporte de oxigénio através das artérias coronárias como resultado de estreitamento, arteriosclerose e/ou trombo. As principais manifestações clínicas da doença coronária são angina e enfarte agudo do miocárdio. Os doentes com doença coronária podem apresentar-se assintomáticos, contudo a manifestação clínica mais comum são a dor retroesternal devido a angina instável ou estável e o enfarte agudo do miocárdio.

No presente trabalho, interessa-nos aprofundar o conhecimento sobre este fenómeno em estudo, por forma a melhor compreender e adequar os cuidados de enfermagem à pessoa e família a vivenciar a transição e a adaptação a uma nova situação de saúde.

O EAM foi descrito, pela primeira vez, como entidade clínica, em 1912, pelo clínico norte-americano James Herrick, associando esta situação patológica a obstrução súbita das artérias coronária por trombos (Silva, 2006).

De acordo com Urden, Stacy & Lough (2008), o EAM é a necrose irreversível do miocárdio, que resulta de uma diminuição súbita ou mesmo uma interrupção total do aporte sanguíneo a uma determinada área do miocárdio, levando à morte isquémica do tecido. A isquemia miocárdica surge quando o fornecimento coronário de sangue é insuficiente relativamente ao oxigénio necessário para manter a tensão do oxigénio do tecido miocárdico. Este desequilíbrio provoca um fornecimento desadequado de oxigénio às células do miocárdio, isquemia miocárdica e angina (Quinn, Webster & Hatchett, 2006).

A causa mais comum de um EAM é a rutura de uma placa aterosclerótica. A arteriosclerose é uma doença crónica do sistema arterial caracterizada pelo espessamento e endurecimento anormal das paredes dos vasos. A aterosclerose é uma forma de arteriosclerose em que o espessamento e endurecimento das paredes dos vasos são causados pela deposição de substâncias adiposas na camada interna das artérias de médio e grande calibre. À medida que os depósitos de gordura se acumulam, o lúmen da artéria lentamente se estreita e o fluxo de sangue para o músculo diminui (Aehlert, 2007). A arteriosclerose caracteriza-se pela proliferação de células musculares e acumulação de lesões brancas protuberantes conhecidas como placas no revestimento interno da parede arterial, que produzem estenose. É a rutura

ou a fissura das placas e consequente trombose que torna perigosa a arteriosclerose coronária (Quinn, Webster & Hatchett, 2006).

Os três principais mecanismos que bloqueiam a artéria coronária responsáveis pela diminuição do aporte de oxigénio ao miocárdio são: a rotura de placa, trombose recente das artérias coronárias, e espasmos das artérias coronárias próximo da região onde ocorreu a rotura da placa (Urden, Stacy & Lough, 2008).

O reconhecimento de um enfarte agudo do miocárdio e o atendimento em tempo oportuno podem ter um grande impacto na vida da pessoa. Os EAM são provocados por uma sequência semelhante de eventos patológicos, uma obstrução permanente ou transitória de artéria coronária. Esta sequência de eventos resulta em condições que variam de isquemia, lesão miocárdica até a necrose do músculo cardíaco. (Aehlert, 2007).

Segundo Haugh & Keeling (2003) a oclusão coronária dá origem a uma série rápida de eventos fisiológicos. O primeiro é a isquemia do miocárdio distal à oclusão. A zona de isquemia é a região mais externa da área enfartada do miocárdio, a qual é constituída por células viáveis, pelo que a intervenção prioritária é repor a circulação nessa região. A zona de lesão corresponde a uma área de tecido danificado, mas ainda potencialmente viável. A zona de enfarte é a área do miocárdio onde ocorreu morte celular e necrose muscular. A nível do traçado electrocardiográfico, esta zona traduz-se pelo aparecimento de ondas Q patológicas (Urden, Stacy & Lough, 2008).

A isquemia afeta as células cardíacas responsáveis pela contração, assim como aquelas responsáveis pela geração e condução de impulsos elétricos, o que conduz a alterações no traçado electrocardiográfico. Para o reconhecimento de enfarte no eletrocardiograma, é necessário existir mudanças na morfologia do complexo QRS, onda T e do segmento ST. Assim pode-se verificar EAM sem supradesnivelamento ST e EAM com supradesnivelamento ST, consoante a existência de elevação do segmento ST no eletrocardiograma de doze derivações (Aehlert, 2007).

A rutura de uma placa aterosclerótica pode ser provocada pela atividade física intensa, trauma emocional grave, atividade sexual, exposição a drogas ilícitas, exposição ao frio ou infeção aguda (Aehlert, 2007). Os fatores que contribuem para a rutura da placa podem incluir a força de fricção do fluxo sanguíneo, espasmos coronários no local da placa, mudanças internas da placa, e efeitos dos fatores de risco. A obstrução de uma artéria coronária por um coágulo pode ser completa ou incompleta (Aehlert, 2007).

## **Classificação do EAM**

Os enfartes do miocárdio são habitualmente classificados de acordo com a localização, na superfície do miocárdio, e com as camadas musculares atingidas. Desta forma, um enfarte transmural envolve as três camadas musculares, o endocárdio, o miocárdio e o epicárdio. As alterações do traçado electrocardiográfico provocado por um enfarte transmural revelam alterações da despolarização (complexo QRS) e da repolarização (segmento ST). Assim, a isquemia é revelada por inversão da onda T a lesão miocárdica pela elevação ou depressão do segmento ST. A necrose miocárdica é representada pela onda Q, mais profundas e mais largas que o normal (Urden, Stacy & Lough, 2008).

Pode acontecer nem toda a espessura do miocárdio ficar com isquemia ou enfarte, se algum sangue fornecer oxigenação adequada. Nesse caso ocorre o que se designa de enfarte subendocárdico ou enfarte de onda não-Q ou enfarte sem supradesnivelamento de ST (Haugh & Keeling, 2003).

O diagnóstico de EAM baseia-se fundamentalmente no quadro clínico, nos resultados do ECG e no aumento dos valores das enzimas cardíacas (Quinn, Webster & Hatchett, 2006). Para além do ECG de 12 derivações é fundamental obter as dosagens dos marcadores cardíacos de base. Conforme as células do miocárdio morrem, substâncias intracelulares passam pelas membranas celulares danificadas e atinge a corrente sanguínea. Os marcadores cardíacos são úteis para confirmar o diagnóstico de EAM quando os pacientes não apresentam supradesnivelamento de ST (Aehlert, 2007).

## **Manifestações Clínicas**

O desconforto torácico é o sintoma mais comum de enfarte e está presente em 75% a 80% dos doentes com EAM. As pessoas que sofrem um ataque cardíaco podem descrever algo similar a uma angina, desconforto torácico quando o músculo cardíaco não recebe oxigénio suficiente, isquemia miocárdica, ou usar palavras como sensação de queimadura, indigestão, peso no peito, aperto, opressão, sufocação, dor ou pressão (Aehlert, 2007).

Para além disto, o EAM pode apresentar-se classicamente como uma forte dor retroesternal, que ocorre em repouso, dura mais de 30 minutos e não é aliviada por nitratos sublinguais. O desconforto pode irradiar ou localizar-se no pescoço, maxilares, costas e ombros. Podem associar-se náuseas e “sensação de morte

eminente”. A disfunção autonómica pode dar origem a suores abundantes e o doente apresentar-se frio e húmido (Quinn, Webster & Hatchett, 2006).

O EAM pode ainda apresentar-se como síncope, com uma súbita perda de consciência. Podem ainda igualmente existir manifestações atípicas, tais como dor epigástrica, indigestão de aparecimento recente, dor torácica de características pleuríticas, ou dispneia crescente. Estas manifestações atípicas são frequentemente observadas em doentes mais jovens (25 - 40 anos), mais idosos (idade superior a 75 anos), em mulheres, em doentes com diabetes, insuficiência renal e demência (Sheehy, 2001).

O diagnóstico de EAM é baseado nos critérios revistos da Organização Mundial de Saúde, sendo imprescindível a existência de pelo menos duas de três das seguintes condições: história clínica sugestiva, alterações do eletrocardiograma de 12 derivações compatíveis com isquémia e níveis dos biomarcadores cardíacos elevados (Quinn, Webster & Hatchett, 2006).

Pode ser difícil obter uma história clínica clara, nomeadamente se o doente estiver angustiado ou assustado, contudo a dor retroesternal é a queixa apresentada, normalmente tem muitas causas e pode ser um desafio para o prestador de cuidados determinar a sua etiologia. As queixas serão influenciadas pela personalidade e os fatores culturais. Os doentes possuem diferentes experiências e variam na forma como descrevem os sintomas (Quinn, Webster & Hatchett, 2006). Tal como refere Silva (2008) dor é um fenómeno biopsicossocial, resulta da combinação de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e culturais.

Por fim, sintomas de equivalente anginoso são manifestações de isquemia miocárdica, que não a dor e o desconforto torácico. Exemplos de equivalentes anginosos incluem fraqueza generalizada, dificuldade respiratória, sudorese excessiva, náusea ou vômito sem explicação, tontura, síncope, palpitações, dor localizada no braço ou mandíbula, fadiga, arritmia (Aehlert, 2007).

### **Fatores de Risco**

Um fator de risco cardiovascular é uma característica biológica ou comportamental que, em termos epidemiológicos, está associada ao desenvolvimento ou com o favorecimento da aterosclerose ou de algumas das suas expressões clínicas da doença cardiovascular (Silva, 2006).

Os fatores de risco mais conhecidos para a doença cardiovascular são o consumo de tabaco, a pressão arterial elevada e o colesterol, fatores diretamente ligados ao estilo de vida, aos hábitos alimentares e aos níveis de atividade física de cada um. Outros fatores associados à doença cardiovascular são o excesso de peso e a obesidade, a diabetes mellitus, e o consumo excessivo de álcool. Estes fatores de risco podem ser agrupados em três grandes classes de fatores. Especificamente, os fatores de risco biológico incluem pressão arterial elevada, níveis elevados de açúcar no sangue, colesterol HDL e excesso de peso e obesidade; os fatores de risco determinantes do estilo de vida incluem consumo de tabaco, dieta pouco saudável, consumo excessivo de álcool e sedentarismo. Por fim, outros fatores incluem a idade, o sexo, a genética e a etnia enquanto fatores não modificáveis, e o rendimento, educação, condições de vida e condições de trabalho como fatores modificáveis (European Heart Health Charter, 2007).

O INTERHEART, um estudo caso-controlo realizado em 52 países, mostrou que nove fatores de risco cardiovasculares modificáveis – dislipidemia, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade abdominal, fatores psicossociais, baixo consumo de frutas e vegetais, hábitos alcoólicos e sedentarismo (atividade física irregular) – explicam aproximadamente 90% do risco de ocorrência do primeiro evento coronário (EAM) em todo o mundo, todas as regiões, em ambos os sexos e em todas as idades. Pelo contrário, revelou que um estilo de vida saudável que inclua consumos diários de fruta e vegetais e exercício regular, reduz o risco de enfarte agudo do miocárdio. Esse mesmo risco era ainda mais reduzido se, para além de uma dieta saudável e de praticar exercício físico, um indivíduo também deixar de fumar. Embora a importância relativa de cada fator de risco fosse variável, os lípidos elevados, o consumo tabágico e os fatores psicossociais constituíram os fatores de risco mais importantes em todas as regiões do mundo (Yusuf [et al.], 2004).

Apesar de hoje em dia a maioria da população reconhecer a necessidade de colmatar hábitos e comportamentos de risco para as doenças cardiovasculares, ainda existe uma prevalência significativa destes fatores de risco. Neste contexto, o estudo AMALIA patrocinado pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, o maior estudo de prevalência da perceção individual dos principais fatores de risco de doença cardiovascular realizado em Portugal com uma amostra representativa de 38 893 indivíduos, concluiu que a prevalência da hipertensão arterial corresponde a 23,5%, da hipercolesterolémia a 19,7%, da diabetes a 8,9%, do tabagismo a 16,3%, e a obesidade a 51,6% (Perdigão [et al.], 2011).

Ainda que menos estudadas, inúmeros estudos têm vindo a demonstrar que variáveis de natureza psicossocial representam fatores de risco significativos para o desenvolvimento de doenças cardiovascular e portanto, também devem ser tidas em conta no planeamento de ações de prevenção e intervenção neste tipo de doentes. Por fatores psicossociais entende-se uma combinação de fatores psicológicos e sociais, que representam influências, sociais, culturais ou ambientais na saúde e comportamentos dos indivíduos.

Talvez a primeira revisão sistemática extensiva de estudos de coorte prospetivos, o estudo de Hemingway & Marmot (1999), atualizado em 2002, conclui a existência de evidência para uma associação entre depressão, suporte social e stress no trabalho e a etiologia de doenças cardíaca coronária (Kuper, Marmot & Hemingway, 2002).

Dentro dos fatores de risco psicossociais, o papel dos fatores psicossociais relacionado com o trabalho tem sido o mais frequentemente estudado (e.g., Belkic [et al.], 2004; Kivimäki [et al.], 2012), sendo que a maioria das revisões concluiu que estes fatores desempenham um papel importante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Mais recentemente, o consórcio Individual-Participant-Data Meta-analysis in Working Populations (IPD-Work) publicou uma série de estudos reportando as associações entre os fatores de risco psicossociais relacionados com o trabalho e várias condições, incluindo a doenças cardíaca coronária (e.g., Kivimäki [et al.], 2013; Nyberg [et al.], 2013; Virtanen [et al.], 2013).

Dentro dos restantes fatores de risco psicossociais os resultados mais consistentes dizem respeito à associação entre a depressão e a doença coronária. Por exemplo, Kuper, Marmot & Hemingway (2002) reportaram uma associação entre depressão e doença coronária em 15 dos 22 estudos identificados. Em duas meta-análises, Rugulies (2002) e Kuper e colaboradores (2009), respetivamente, reportaram 64% e 90% de aumento do risco de doença coronária associada à depressão.

Em dois estudos de referência, pacientes com depressão apresentaram 3 a 5 vezes maior probabilidade de morrer durante o primeiro ano após o EAM quando comparados com doentes não deprimidos (Frasure-Smith, Lespérance, & Talajic, 1993; Frasure-Smith [et al.], 2000). Outros estudos têm apontado que outros estados afetivos, como a ansiedade (e.g., Roest [et al.], 2010), a raiva e hostilidade (e.g., Chida, & Steptoe, 2009) e o stress (e.g., Rosengren [et al.], 2004), também representam importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Os fatores de risco psicológicos podem não ter, em si, um efeito direto na doença. Contudo, estes fatores podem exacerbar o desenvolvimento de doenças

cardiovasculares através de duas vias biocomportamentais: 1) por um lado, levando a comportamentos pouco saudáveis como tabagismo, sedentarismo, dietas ricas em calorias e/ou gorduras, e consumo de álcool. Por exemplo, a depressão tem sido associada com uma menor participação em programas de reabilitação cardíaca (Carney [et al.], 2002) e com menor aderência ao regime de medicação (Gehi [et al.], 2005); 2) e por outro lado, elicitando respostas biológicas e fisiológicas que podem levar a várias consequências clínicas. Alguns dos mecanismos psicofisiológicos estudados neste contexto incluem a ativação de processos de inflamação, aumento da ativação plaquetária, aumento da atividade do sistema nervoso simpático, vasoconstrição, controlo vagal comprometido (e.g., Rozanski [et al.], 1999; Williams, Barefoot, & Schneiderman, 2003).

Por fim, também o suporte social tem sido um fator psicossocial de interesse no estudo dos fatores de risco para a doença cardiovascular. No estudo de Kuper e colaboradores já citado (2002), os autores reportam uma associação entre suporte social e doença coronária cardíaca em 6 dos 9 estudos identificados. Em outros dois estudos de revisão, Tay e colaboradores (2013) e Steptoe e Kivimäki (2013) concluíram que as relações sociais e o isolamento social respetivamente estavam relacionados com doença coronária.

Em suma, uma atuação eficaz na redução das doenças cardiovasculares, e nas doenças cardíacas em particular, passa pela prevenção e controle dos seus fatores de risco, assente na implementação de medidas populacionais que promovam hábitos de vida saudáveis e identifique indivíduos em risco. Salienta-se também a importância de reconhecer o papel de fatores psicossociais enquanto fatores de risco para a doença cardiovascular, de forma que possam ser tidos em conta na prevenção e intervenção junto destes doentes.

### **Abordagem Terapêutica**

Após confirmação do diagnóstico de EAM, uma abordagem terapêutica precoce é fundamental pois reduz o aparecimento de complicações, da morbilidade e da mortalidade da pessoa. De acordo com a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007), o objetivo terapêutico na fase aguda do EAM é o restabelecimento do lúmen da artéria ocluída, quer por meios farmacológicos ou mecânicos, permitindo a reperfusão dos territórios miocárdicos e a consequente reversibilidade das lesões provocadas pela oclusão arterial. A redução da

mortalidade e morbidade pelas terapêuticas de reperfusão verifica-se sobretudo nas primeiras três horas após o início de sintomas.

Os objetivos no tratamento do EAM são aliviar a dor, preservar miocárdio e prevenir arritmias graves. Sabe-se que cerca de um terço dos casos de enfarte do miocárdio têm evolução fatal, sendo que cerca de 50% das mortes ocorrem na primeira hora de evolução do enfarte, antes da chegada ao hospital (Direção Geral Saúde, 2003). A celeridade no restabelecimento da perfusão miocárdio é um aspeto muito sensível para o prognóstico. Perante um EAM em evolução, a prioridade deve ser a repermeabilização rápida do vaso responsável pelo acidente isquémico, de modo a preservar o miocárdio em risco, o que só é possível caso o tratamento seja iniciado dentro da chamada "janela terapêutica", ou seja, nas primeiras 3 horas a seguir ao início dos sintomas (Sheehy, 2001).

As principais intervenções a assegurar logo que exista validação da suspeita de EAM são: 1) Administração de oxigénio a todos os doentes com saturação de oxigénio <90%; 2); Controlar a dor - deve ser administrado sulfato de morfina para controlo da dor associada à isquémica miocárdica; 3) Monitorização electrocardiográfica e avaliação de sinais vitais; 4) Reperusão miocárdica precoce. As principais medidas farmacológicas incluem: os nitratos inicialmente por via sub-lingual e posteriormente endovenosos, dilatam artérias coronárias, reduzem a pós-carga pela dilatação da circulação venosa periférica, e a pré-carga, ou seja, diminui o retorno venoso ao coração (Aehlert, 2007).

A terapia de reperfusão é a base fundamental do tratamento do EAM. Desta forma, no tratamento de doença coronária existem duas modalidades terapêuticas, a terapêutica farmacológica e a terapêutica de reperfusão do miocárdio. Tal como refere Marques (2005) o tratamento da isquemia do miocárdio, que anteriormente se limitava à prevenção das complicações e da sintomatologia, passou a ser sustentado essencialmente em duas estratégias ativas de reperfusão: uma farmacológica com a terapêutica fibrinolítica e outra mecânica, denominada revascularização mecânica percutânea.

Assim, é possível a reperfusão da área de enfarte, através da terapêutica fibrinolítica por via intravenosa ou através de Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (Urden, Stacy & Lough, 2008). Esta última apresenta alguns benefícios relativamente à trombólise, visto que apresenta uma taxa mais elevada da desobstrução da artéria coronária relacionada com EAM (acima dos 90%). Esta técnica consiste na



colocação de um stent na artéria, com o objetivo de se obter um fluxo de sangue adequado (Quinn, Webster & Hatchett, 2006).

Além da terapêutica farmacológica do tratamento cardiovascular é igualmente importante haver modificações do estilo de vida, que permitam a redução ou total eliminação dos fatores de risco identificados para as doenças coronárias.

Desta forma, e no sentido de promover uma maior adesão a estas modificações de estilo de vida bem como à intervenção terapêutica, foram criados programas de reabilitação cardíaca.

A mortalidade por doença coronária tem vindo a diminuir nas últimas décadas nos países desenvolvidos, mas paralelamente, a morbilidade associada a esta patologia tem aumentado. A melhoria das técnicas de diagnóstico e das terapêuticas de fase aguda permitiram a melhoria da sobrevida dos doentes com enfarte, tornando pertinente o desenvolvimento de estratégias de prevenção secundária. Simultaneamente os programas de reabilitação cardíaca evoluíram, deixaram de basear-se apenas no exercício físico e são atualmente programas abrangentes de prevenção secundária (Silveira & Abreu, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a reabilitação cardíaca é o somatório das atividades necessárias para garantir aos doentes portadores de doença cardíaca a melhor condição física, mental e social, de forma a que consigam, pelo seu próprio esforço, reconquistar uma posição normal na comunidade e levar uma vida ativa e produtiva (WHO Expert Committee on Rehabilitation, 1993). O principal objetivo dos programas é permitir o retorno mais precoce possível à vida produtiva e ativa, apesar das possíveis limitações impostas pelo processo patológico subjacente.

Atualmente, o leque de pacientes que podem beneficiar desta intervenção está mais alargado. A reabilitação cardíaca começa a basear-se no início precoce da reabilitação e nas necessidades do paciente no sentido de promover a sua autonomia e responsabilização pela recuperação, através de uma abordagem multidisciplinar que inspira uma modificação dos fatores de risco e melhoria da qualidade de vida do paciente.

A reabilitação cardiovascular deverá ser vista como um continuum através de várias fases, desde a admissão do utente até ao período de follow-up de longo-prazo. Isto requer uma grande coordenação do programa e integração de esforços dos cuidados de saúde primários e secundários (Duarte, 2009).

Nesta lógica de pensamento, Höglund [et al.] (2010) num estudo sobre a participação do utente no processo de cuidados durante a hospitalização por EAM, concluíram

que devemos alcançar a participação do utente em todas as suas fases de atendimento. Os utentes precisam de estar cientes do seu direito a participar, pois a sua participação é determinante na sua recuperação e motivação para mudanças de estilo de vida e prevenção secundária da doença recorrente. De acordo com a mesma autora, os profissionais de saúde precisam de desenvolver habilidades de comunicação adequadas para cada fase de hospitalização do utente com EAM.

Apesar das diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia recomendarem os programas de reabilitação cardíaca como tratamento para doentes cardiovasculares (Piepoli [et al.], 2010), e apesar de inúmeros estudos terem comprovado a sua eficácia em inúmeros indicadores (Taylor [et al.], 2004; Clark [et al.], 2005), incluindo um estudo conduzido em Portugal (Magalhães [et al.], 2013), a taxa de participação neste tipo de programas é inferior a 4% em Portugal, em contraste com médias de 30% na maioria dos países da Europa central (Bjarnason-Wehrens [et al.], 2010).

Os programas de reabilitação cardíaca exigem uma abordagem multidisciplinar, onde a avaliação, o diagnóstico, a definição da melhor estratégia de atuação bem como o acompanhamento e evolução do tratamento, devem contemplar as diferentes experiências e ferramentas disponibilizadas pelos diversos profissionais de saúde envolvidos.

## **1.2. Impacto Psicossocial do EAM**

Um diagnóstico de EAM tem impacto não apenas a nível físico, mas também nos aspetos psicossociais da vida dos pacientes (Roebuck, Furze, & Thompson 2001; Brink, Karlson, & Hallberg, 2002; Hanssen [et al.], 2009). Para muitos sobreviventes de EAM, acrescem consequências relacionadas com invalidez, dependência para a satisfação das necessidades básicas, diminuição da qualidade de vida, perda do papel social e muitas vezes disfunção familiar. Assim, o EAM é responsável por alterações significativas na qualidade de vida da pessoa, com repercussões na vivência quotidiana a nível familiar e profissional.

As dificuldades físicas e psicológicas que seguem um EAM podem ter efeitos prejudiciais, e muitas vezes permanentes, no estilo de vida dos pacientes, comprometendo a qualidade de vida a longo prazo. Alguns estudos demonstram que pacientes pós EAM reportaram dificuldades no seu dia-a-dia, como em tarefas domésticas, atividades físicas como subir escadas, atividades sexuais, não ser capaz de manter o mesmo nível de trabalho que tinham antes do diagnóstico, etc. (Brown [et al.], 1999).

Neste contexto, apesar de indicadores de saúde após um EAM tradicionalmente se focarem em aspetos clínicos da doença, tais como risco de morte, tempo de sobrevivência, outras condições resultantes da doença inicial ou condição física, recentemente a qualidade de vida relacionada com a saúde tem vindo a ser reconhecida e aceite por profissionais de saúde como uma medida complementar da eficácia das intervenções (Buellinger, 2002; Leidl [et al.], 2001). Fatores que têm vindo a ser tidos em consideração incluem o estatuto socioeconómico, a vida sexual, satisfação com a terapia e consultas médicas, as reações dos pacientes e dos familiares à doença, o estado mental do paciente, a sua perceção do seu estado de saúde e a possibilidade de regressar à 'vida normal' (Uchmanowicz & Łoboz-Grudzień, 2015)

O EAM é acompanhado de uma significativa redução de qualidade de vida. As principais dificuldades ocorrem nas dimensões de dor/desconforto, atividades habituais, e particularmente ansiedade e depressão (Schweikert et al., 2009). Assim, estudos têm demonstrado consistentemente que os pacientes com EAM experienciam uma qualidade de vida pobre, e os fatores que têm sido associados a isso têm sido a idade (Hawkes [et al.], 2013; Wang [et al.], 2014), género (Petersen [et al.], 2008), nível educacional (Failde [et al.], 2010), e ansiedade e depressão (Hawkes [et al.], 2013; Höfer [et al.], 2005; Rejai [et al.], 2012; Wang [et al.], 2014; Conn, Taylor, & Wiman, 1991; Mayou [et al.], 2000).

Sintomas de ansiedade e depressão são bastante prevalentes em doentes com EAM (Forrester [et al.], 1992; Crowe [et al.], 1996; Schleifer [et al.], 1989). A ansiedade é considerada como a reação emocional mais frequente face ao diagnóstico de EAM. A investigação sugere que entre 18.5% a 31% dos pacientes reportam ansiedade logo a seguir ao EAM com incidências mais elevadas de 70-80% em pacientes com experiências prévias de eventos cardíacos agudos (Moser & Dracup, 1996; Frasure-Smith [et al.], 1999; Newman, 2004). A ansiedade e também a depressão, por sua vez, podem afetar a adesão às alterações no estilo de vida, como a dieta, exercício físico e follow-ups regulares, medicação apropriada e regresso ao trabalho conveniente (Mayou [et al.], 2000; Moser, 2007; Moser & Dracup, 1996; Schleifer [et al.], 1989). Para além disso, alguns estudos têm apontado que a ansiedade e a depressão são importantes preditores de subsequente mortalidade em pacientes com EAM (Frasure-Smith, Lespérance, & Talajic, 1993; Ladwig [et al.], 1991; Moser & Dracup, 1996). Tal como referem, Quinn, Webster & Hatchett (2006), a ansiedade e a depressão podem ser complicações de um episódio de EAM, assim é fundamental uma abordagem que assegure a transmissão de confiança, à pessoa e

família, que ajude a atenuar os medos e a ansiedade relativos ao futuro. Desta forma, a ansiedade e a depressão após um EAM têm efeitos negativos quer para o prognóstico da doença quer para a qualidade de vida geral dos doentes.

Assim, perante a pessoa com EAM, é primordial que os profissionais de saúde tenham em consideração o carácter multidimensional da doença, avaliando e intervindo nos fatores biopsicossociais que podem influenciar o curso da doença e a qualidade de vida do doente. Tal como refere Santos e Araújo (2003), a experiência de EAM é vivenciada de forma individual.

### **1.3. Cuidados de Enfermagem da Pessoa com EAM**

A actuação do enfermeiro é de extrema importância no sentido de conseguir o maior nível de autonomia possível para o indivíduo que sofreu um EAM. Para que um programa de reabilitação cardíaca tenha o sucesso pretendido é necessário que a interação doente/equipa multidisciplinar seja construída na base da confiança e do respeito, de forma a manter o doente o mais motivado possível no cumprimento do programa. É nesta relação/interação que o enfermeiro tem um papel preponderante na ajuda ao doente cardíaco.

Neste sentido, a atuação do profissional de enfermagem, foca-se na capacidade em diagnosticar necessidades biopsicossociais dos doentes e implementar intervenções que promovam o desenvolvimento de capacidades, melhoria funcional, reintegração social e familiar e maior autonomia (Vila & Rossi, 2008).

A atuação do enfermeiro da pessoa com EAM é norteada por uma assistência holística ao doente, procurando melhores condições de vida, integração social e autonomia na realização das tarefas diárias. O profissional de enfermagem estabelece um plano de cuidados a curto, médio e longo prazo que deve ter em consideração as necessidades, expectativas e possibilidades clínicas e sociais dos doentes, incentivando a sua participação na prestação de cuidados (Faro, 2006). Outro aspeto importante a considerar pelo enfermeiro é a avaliação do suporte social da pessoa com doença cardiovascular, pois este é considerado um fator facilitador do *coping* com a doença e recuperação da mesma (Compare [et al.], 2013).

Para Figueiredo e colaboradores (2009), a actuação de enfermagem neste contexto consiste: 1) na educação do doente e família; 2) no estímulo ao autocuidado; 3) na avaliação de sinais e sintomas das doenças crónicas; 4) no suporte emocional; 5) na promoção do retorno às atividades habituais; 6) na interface entre doente e equipa;

7) na prescrição de exercícios e supervisão dos mesmos; 8) na supervisão das sessões de reabilitação; 9) na assistência nas situações de emergência cardíaca; e 10) na visita domiciliar.

O papel do enfermeiro perante a pessoa com EAM assume hoje em dia um lugar de maior destaque, sobretudo motivado pelos avanços médicos nos tratamentos cardíacos que permitem uma estabilização da situação dos doentes hospitalizados mais precoce que muitas vezes é conducente à antecipação das altas. Contudo, uma alta antecipada pode ser contraproducente se não forem tomadas medidas apropriadas para prevenir complicações ou mesmo nova hospitalização. Estas medidas devem incluir instruções claras para o período imediato de reabilitação em casa bem como informação clara sobre o diagnóstico, orientações de estilo de vida, medicação e sinais de alarme. Uma estreita colaboração entre doente, médico e enfermeiro durante a hospitalização e após a alta é necessária para que seja possível estabelecer um ambiente seguro em casa de forma a garantir a segurança do doente. É neste contexto de mudança, que o profissional de enfermagem pode ser o profissional de saúde ideal para criar esses ambientes seguros.

Alguns estudos têm sugerido que intervenções de enfermagem com doentes cardíacos têm-se mostrado eficazes em inúmeros indicadores, o que valida empiricamente o papel essencial do profissional de enfermagem na intervenção nestas patologias (e.g., Page [et al.], 2005; Halcomb [et al.], 2007). Estes estudos vão ao encontro da literatura mais alargada que tem demonstrado melhorias em vários indicadores quando as intervenções dos profissionais de enfermagem são direcionadas para colmatar falhas na prestação de serviços de saúde. Por exemplo, estudos têm demonstrado que profissionais de enfermagem são mais eficazes do que médicos em áreas relacionadas com a adesão dos doentes às recomendações de tratamento (Horrocks [et al.], 2002); cuidados transacionais proporcionados por profissionais de enfermagem melhoraram taxas e readmissão em pacientes cardíacos (Naylor [et al.], 2004); prevenção secundária dirigida por profissionais de enfermagem mostrou melhorias da adesão às estratégias quando comparada com o tratamento usual (Murchie [et al.], 2003); e por fim, prevenção secundária dirigida por profissionais de enfermagem em pacientes com EAM mostrou-se mais eficaz do que o tratamento usual em indicadores como cessação tabágica, pressão arterial, diabetes, e nível atividade física (Harbman, 2014).

## **2. O Processo Transição Saúde/Doença da Pessoa com EAM: Intervenção de Enfermagem**

O diagnóstico de EAM, a hospitalização, e a posterior participação num programa de reabilitação cardíaca são eventos que implicam processos de transição para o doente e para sua família. A pessoa com EAM enfrenta profundas alterações no seu quotidiano, tais como o estilo de vida, hábitos, novos papéis ou redefinição de papéis adquiridos, limitações físicas, etc. Neste sentido, pode dizer-se que estes doentes atravessam um, ou vários, processos de transição. As transições são então uma dimensão importante na prática de enfermagem, onde os enfermeiros podem ser verdadeiramente significativos.

### **2.1. O Processo de Transição Saúde/Doença**

O conceito transição tem sido utilizado de inúmeras formas na literatura de Enfermagem. No contexto do presente trabalho, adota-se o conceito proposto por Chick e Meleis (1986, p. 238) segundo o qual a “transição é entendida como um período entre dois estados ou fases relativamente estáveis, desencadeado por eventos críticos e mudanças nos indivíduos e / ou nos contextos.”

Apesar das transições serem experiências subjetivas e diferentes de indivíduo para indivíduo, existem diversas características comuns a todos os tipos de transição. A transição é sempre um *processo*. Outra importante característica da transição está relacionada com a *ruptura* associada à disrupção das ligações das quais dependiam os sentimentos de segurança da pessoa. Características associadas à desconexão incluem perda de referências familiares, incongruência entre expectativas baseadas no passado e perceções ditadas pelo presente, e a discrepância entre necessidades e a disponibilidade de, bem como o acesso a meios para a sua satisfação. A *perceção* está relacionada com os significados atribuídos aos eventos de transição e varia entre pessoas, comunidades, e sociedades, o que vai ter um impacto no resultado ao influenciar as reações e respostas a esses eventos. Por exemplo, a hospitalização é considerada para alguns como necessária para a recuperação e saúde e um passo em direção à morte para outros de uma cultura diferente. Relacionado com este ponto, importa referir que a transição é um processo pessoal e não estruturado e, portanto, os processos e resultados das transições estão relacionado com definições e redefinições da pessoa e da situação. Para estar em transição a pessoa tem que ter alguma consciência das mudanças que estão a ocorrer. No caso de não ter havido ainda uma consciencialização das mudanças por parte da pessoa, ou estas estão a

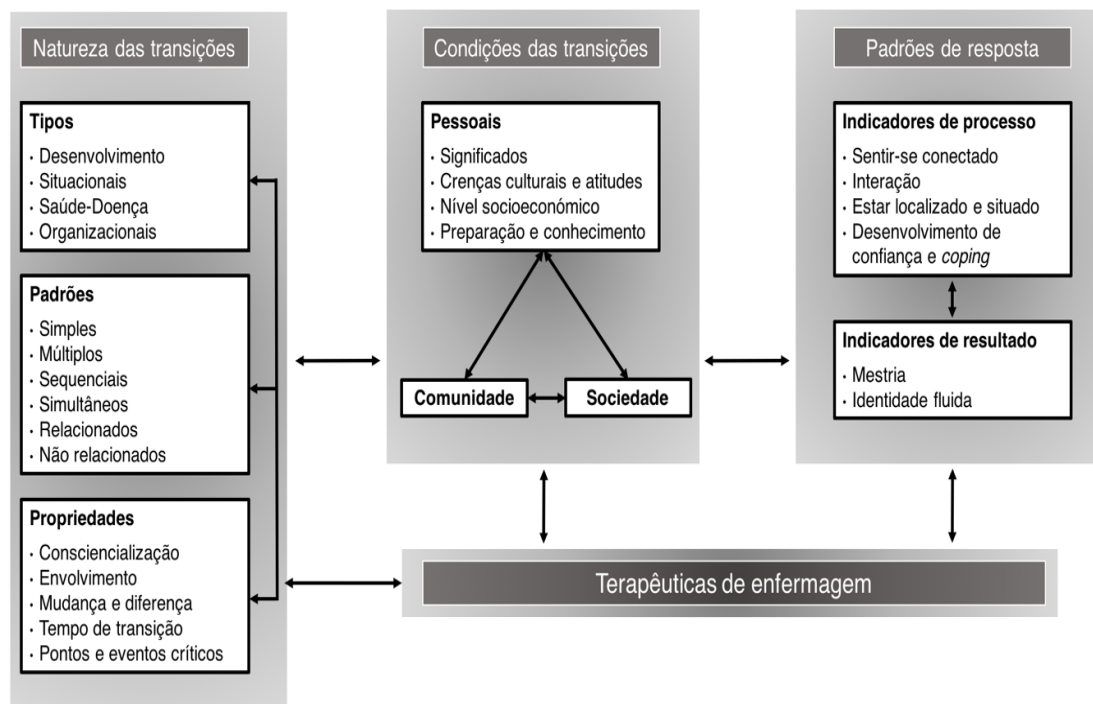
ser negadas totalmente ou em termos das suas implicações, então a pessoa ainda não está em transição, mas antes numa fase de pré-transição. Nestas situações, pode ser importante resolver as barreiras à tomada de consciência da transição antes de se proceder a tentativas de facilitar a transição em si (Chicks & Meleis, 1986). Uma importante consideração sobre transições é o facto de serem essencialmente positivas, uma vez que a conclusão da transição implica que a pessoa atingiu um período de menor disrupção ou de maior estabilidade através de crescimento, relativamente ao estado anterior.

As transições podem ser de vários tipos, mas recaem no domínio da enfermagem quando estão relacionadas com questões de saúde e doença, ou quando as respostas à transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde.

Com base numa revisão de vários estudos desenvolvidos em torno das transições, Meleis e colaboradores (2000) desenvolveram uma teoria de médio-alcance das transições para o contexto da enfermagem. As teorias de médio-alcance são caracterizadas por um âmbito mais limitado e menos abstrato quando comparadas com grandes teorias. Para além disso, focam-se em fenómenos ou conceitos específicos e refletem mais diretamente a prática (Meleis, 2007). Esta teoria foi desenvolvida com o objetivo de proporcionar uma visão mais compreensiva das transições, proporcionando linhas orientadores para a prática mais específicas, e direcionando questões de investigação mais sistemáticas e coerentes para a prática da enfermagem.

A conceptualização de transição proposta por Meleis foca um entendimento holístico das condições que influenciam as experiências de transição dos pacientes (Shumacher & Meleis, 1994).

De uma forma geral, a teoria de médio alcance das transições de Meleis está organizada em torno de três conceitos centrais: a natureza da transição, as condições facilitadoras e inibidoras da transição, e os padrões de resposta (Figura 1, página seguinte).



**Figura 1.** Modelo de Médio-alcance das Transições em Enfermagem de Meleis (adaptado de Meleis [et al.], 2010, p.56)

Quanto à sua **natureza**, as transições podem ser analisadas de acordo com o tipo, o padrão e as propriedades. Os **tipos de transição** que os enfermeiros encontram no seu trabalho com os doentes e famílias foram identificados como desenvolvimentais, saúde e doença, situacionais e organizacionais. Especificamente, a *transição saúde/doença* está relacionada com uma mudança súbita no desempenho de papel resultantes de alteração súbita da condição de saúde, da passagem de um estado saudável para viver com uma doença crónica ou o agravamento do estado da condição de saúde, e ainda a passagem entre níveis de cuidados de saúde, a passagem da hospitalização para um centro de reabilitação.

As transições não são discretas nem mutuamente exclusivas. De facto, a análise dos estudos suporta a ideia de que as transições possuem **padrões** de complexidade e de multiplicidade, na medida em que cada pessoa pode estar a viver mais do que um tipo de transição simultaneamente.

Neste sentido, com base na análise das naturezas de diferentes transições, Meleis [et al.] (2000) consideram que os enfermeiros devem considerar os padrões de todas as transições significativas num indivíduo e na sua vida familiar, em vez de se focarem num tipo específico de transição. Esta análise dos padrões de transição pode incluir se o doente experiencia uma transição única ou múltiplas transições; e



no caso destas últimas se são sequenciais ou simultâneas, em que medida se sobrepõem, e a natureza da relação entre os diferentes eventos que as desencadearam.

Apesar da complexidade e multidimensionalidade das transições, Chick & Meleis (1986), consideram a existência de certas **propriedades comuns** a todas as transições. Estas propriedades incluem a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o período de tempo e os pontos e eventos críticos.

A *consciencialização* está relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição. Como referido anteriormente, Chick & Meleis (1986) sustentam a ideia de que a consciencialização, em torno das mudanças que estão a ocorrer, é essencial para o processo de transição. Contudo, Meleis [et al.] (2000) revêem esta posição sugerindo que, apesar da consciencialização ser uma propriedade importante da transição, a ausência de manifestação dessa consciencialização das mudanças não impede o início da experiência de transição. Esta controvérsia está relacionada com a ideia de a consciencialização da necessidade da transição poder ser reconhecida antecipadamente pelo enfermeiro, antes mesmo de o paciente tomar consciência da necessidade de se ajustar à nova condição.

Outra propriedade importante das transições é o nível de *envolvimento*, que traduz a ideia de participação ativa e empenhada no processo de transição. Exemplos de envolvimento incluem procurar informação, preparar-se antecipadamente para lidar com o evento ou ajustar-se pró-ativamente nas atividades da vida diária. O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento na medida em que o segundo pode não acontecer sem o primeiro.

As transições são resultado de *mudanças* e resultam em mudanças. A ocorrência de mudanças físicas, sociais, pessoais, emocionais e ambientais (Meleis [et al.], 2000) é assim outra das propriedades das transições. Neste contexto, importa distinguir os conceitos de transição e de mudança, já que a transição envolve sempre mudança e já o inverso não se verifica. Enquanto a mudança tende a ser abrupta, reporta-se a um momento específico no tempo e significa a substituição de uma coisa por outra, as transições são processos que ocorrem ao longo do tempo, incorporam as dimensões de fluxo e movimento, cuja duração é influenciada por cada pessoa e, também, pela sua experiência específica (Meleis & Tangenstein, 1994; Meleis [et al.], 2000). Dimensões de mudança que devem ser exploradas incluem a natureza, temporalidade, importância percebida da severidade, e expectativas pessoais,

familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos, com interrupções em rotinas ou em relações, ou com ideias, percepções e identidades. Uma análise das experiências de transição por parte do enfermeiro deve ter em conta o nível de conforto e mestria do paciente em lidar com a mudança e com a diferença.

Todas as mudanças são caracterizadas por movimento ao *longo do tempo*. Por exemplo, Bridges (1980, 1986) caracterizou a transição como um intervalo de tempo com um final identificável, que se estende desde os primeiros sinais de antecipação, percepção, ou demonstração de mudança; seguido de um período de instabilidade, confusão e distress; até um eventual fim com um novo começo e período de estabilidade. Contudo, Meleis [et al.] (2000), com base nos estudos analisados, considera difícil, ou mesmo contraproducente estabelecer balizas temporais específicas para certas experiências de transição. Muitas vezes podem ocorrer estados periódicos de rutura ou mudança reativando uma experiência de transição latente. Neste sentido, Meleis [et al.] (2000) destacam a necessidade de se ter em conta a possibilidade de ocorrer variabilidade ao longo do tempo, o que pode exigir reavaliações dos resultados.

Por fim, algumas transições estão associadas a *eventos* identificáveis, como por exemplo o nascimento, a menopausa, ou o diagnóstico de uma doença; enquanto que outras transições podem ocorrer sem que os eventos associados sejam tão evidentes. Para além disso, as transições envolvem muitas vezes *eventos e pontos críticos* que implicam da parte do enfermeiro atenção e conhecimento específico ao longo dos vários períodos críticos que podem ocorrer no processo de transição.

No contexto da enfermagem, as pessoas são entendidas como agentes ativos que têm percepções e que atribuem significados às situações de saúde e de doença. Estas percepções são influenciadas por e influenciam as **condições** em que os processos de transição ocorrem. Neste sentido, de forma a melhor compreender as experiências de transição dos pacientes é imperativo conhecer as condições pessoais, da comunidade e da sociedade onde o indivíduo se insere que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável.

As condições pessoais englobam os significados, as crenças e as atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, o nível de preparação e o nível de conhecimento e preparação.

Os *significados* atribuídos aos eventos que despoletam as transições, bem como o processo de transição em si, podem facilitar ou dificultar transições saudáveis. A atribuição de significado positivo ou neutro à experiência pode ser facilitador da

transição na medida em que tem o potencial de fomentar o envolvimento e o ajustamento à mudança necessários para lidar com a nova condição. Se, pelo contrário, o significado atribuído à mudança é negativo, o processo de transição pode estar comprometido. A inclusão de significados numa teoria de transição chama a atenção para a importância de perceber a transição do ponto de vista da pessoa que a experiencia (Schumacker & Meleis, 1994).

Para além dos significados atribuídos à experiência de transição, também as *crenças e atitudes individuais* podem determinar a direção do processo de transição. Outro fator que pode ser inibidor ou facilitador do processo de transição é o *nível socioeconómico* da pessoa. Meleis [et al.] (2000) referem que o baixo estatuto socioeconómico pode constituir um obstáculo à transição saudável, na medida em que pode ser condicionador do acesso a recursos de saúde, do acesso à informação e da capacidade para implementar as medidas inerentes à nova condição de saúde. Nesse sentido, é importante ter em consideração o estatuto socioeconómico de forma a identificar populações potencialmente mais vulneráveis.

A incerteza inerente ao processo de transição entrelaça-se com a necessidade de desenvolvimento de *novos conhecimentos e da preparação antecipada*, uma condição apontada por Meleis [et al.] (2000) como sendo facilitadora da vivência de todo o processo de transição. Pelo contrário, a falta de preparação parece constituir um fator inibidor da transição. A eficácia da preparação antecipada e planeamento requer uma identificação compreensiva dos problemas, das dúvidas e, também, das necessidades que podem surgir ao longo de todo o processo de transição (Schumacher & Meleis, 1994).

As *condições da sociedade e da comunidade* em que o indivíduo está inserido, que se revelam pelos papéis socialmente definidos e pelos recursos que uma comunidade garante, devem ser consideradas já que podem constituir-se como um fator facilitador (ou inibidor) das transições. No que respeita a este tipo de condições, Meleis [et al.] (2000) salientam o suporte familiar, a informação relevante obtida junto de profissionais de saúde, o encaminhamento para os recursos disponíveis e a resposta apropriada às dúvidas e às necessidades. Por outro lado, a insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação da educação para a saúde, o suporte inadequado e a informação insuficiente ou contraditória, podem constituir fontes de inibição do processo de transição saudável. Assim, Schumacher & Meleis (1994) consideram que a consciencialização sobre a influência do ambiente sociocomunitário no qual a pessoa está inserida é extremamente importante para os profissionais de enfermagem, pois permite-lhes desenvolver intervenções

terapêuticas adequadas ao grupo e comunidade no sentido de promover transições saudáveis.

Sendo as transições processos que se desenvolvem ao longo do tempo, variando de pessoa para pessoa, é importante identificar a existência de indicadores que reflitam o estado e a direção da transição, permitindo identificar se a pessoa caminha no sentido da saúde e do máximo bem-estar ou em direção aos riscos e vulnerabilidade. De acordo com Meleis [et al.] (2000) os “**padrões de resposta**” às transições configuram-se como indicadores relacionados com o processo de transição, assim como com o resultado da transição, e permite ao enfermeiro uma avaliação precoce e intervenção para facilitar transições saudáveis.

Os indicadores relacionados com o *processo* de transição permitem saber, em diferentes pontos do processo, como a transição se está a processar; a avaliação deve acontecer em diferentes momentos relacionados com as mudanças e/ou eventos críticos expectáveis no decurso da transição (Meleis [et al.], 2000). Alguns dos indicadores ou padrões de resposta que caracterizam transições saudáveis identificados por Meleis [et al.] (2000) incluem sentir-se ligado e conectado e em interação; sentir-se situado, ou seja, a consciencialização e a aceitação da condição de saúde que contribui para uma perceção mais ajustada da realidade; e por fim um aumento nos níveis de confiança e *coping* manifestado tanto pelo nível de compreensão dos aspetos associados ao diagnóstico, tratamento, recuperação e viver com limitações, como pelo nível de utilização de recursos, e pela adoção de estratégias para gerir com eficácia a nova condição de saúde.

Os indicadores relacionados com o *resultado* permitem avaliar os resultados da transição em função do esperado. Este tipo de indicadores permite, por um lado, identificar o final da transição, e por outro avaliar a evolução do desenvolvimento de competências. Segundo Meleis [et al.] (2000) atingir transição saudável pode ser determinada pela medida em que a pessoa demonstra mestria em capacidades e comportamentos necessários para lidar com a nova situação e ambiente, bem como uma identidade fluida e integradora, caracterizada pelo ajustamento entre a pessoa e o contexto e pela coordenação entre os antigos e os novos papéis.

Compreender as propriedades e as condições inerentes ao processo de transição leva ao desenvolvimento de **terapêuticas de enfermagem** que são congruentes com as experiências únicas dos pacientes e das suas famílias, e, portanto, promotores de respostas de transição saudáveis. De facto, este modelo permite ao profissional de enfermagem uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma

visão mais completa, holística, e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição, ou transições, que a pessoa está a experienciar (Meleis [et al.], 2000).

Assim, no desenvolvimento do conhecimento relacionado com as terapêuticas de enfermagem devem ser consideradas as dimensões temporais, os padrões, o tipo de transição e o momento mais adequado para a sua concretização.

O modelo conceptual das transições de Meleis proporciona um enquadramento que permite dar uma visão mais compreensiva dos diversos tipos de transição, considerando mudanças em áreas desenvolvimentais, de saúde, socioculturais, situacionais, relacionais, eventos críticos, e organizacionais. Neste contexto, as transições podem ser entendidas como experiências humanas, descritas como um conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas por condições pessoais e ambientes, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e capacidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto dessas modificações no nível de bem-estar (Meleis [et al.], 2000). A experiência da transição implica, por isso, que a pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si no contexto social. Enquanto domínio da Enfermagem, a transição representa o modo como a pessoa responde às mudanças, ao longo do tempo, e necessita adaptar-se a uma nova situação ou circunstância, de modo a integrar a mudança na sua vida (Meleis, 2007).

## **2.2. Os Cuidados de Enfermagem no Processo Transição Saúde/Doença da Pessoa com EAM**

Há vários motivos que fazem com que transição seja um aspeto central da enfermagem. Em primeiro lugar, os profissionais de enfermagem passam grande parte do seu tempo a cuidar de indivíduos que estão a experienciar uma ou mais mudanças nas suas vidas que afetam a sua saúde. Exemplos de transições que requerem a atenção de enfermeiros incluem a transição de admissão no hospital, a transição de alta hospitalar, a transição para a reabilitação, etc. Para além disso, devido ao crescente uso de tecnologia, de políticas de saúde relacionadas com hospitalização e alta, e o aumento dos custos de hospitalização, os pacientes tendem a deixar os hospitais mais cedo e a continuar a sua recuperação e a transição para

a reabilitação em casa. Desta forma, os doentes e as suas famílias que não são devidamente acompanhados durante estas transições experienciam mais complicações e possíveis readmissões médicas. Por fim, as pessoas vivem hoje em dia mais tempo com doenças crónicas. Viver com doença crónica e manter bem-estar e qualidade de vida inicia uma série de transições que requerem intervenções de enfermagem em diferentes fases e em momento críticos.

Neste sentido, a transição não é somente um processo central em enfermagem, como defendido por Chick e Meleis (1986) e Schumacher e Meleis (1994), é também missão de enfermagem facilitar processos de transição.

Tendo em conta que a doença e a mudança provocam ruturas significativas nas vidas das pessoas, os enfermeiros nos seus vários contextos de atuação assistem pessoas a vivenciar transições. Meleis e Trangenstein (1994) sugerem que o foco central da enfermagem é facilitar transições de vida dos doentes e das suas famílias no sentido de maior bem-estar e saúde. A transição é o movimento e adaptação à mudança, e não o regresso a um estado pré-existente, o que implica que os indivíduos tenham de largar formas de estar no mundo familiar que definem a sua identidade. Isto é particularmente pertinente para os enfermeiros uma vez que prestam apoio a pessoas que estão a atravessar ruturas forçadas, tais como a doença (Kralik, 2002).

A aplicação da teoria de médio alcance das transições de Meleis na descrição das necessidades dos cuidados de enfermagem facilita a identificação de padrões, das propriedades, das respostas, dos contextos, dos significados e dos resultados, com o objetivo de planear e implementar cuidados de enfermagem mais eficazes. Desta forma, as terapêuticas de enfermagem baseadas neste modelo podem promover o aumento da conscientização e envolvimento durante as transições; a preparação antecipatória e maior facilidade na aquisição de conhecimentos e capacidades; a identificação de crenças e atitudes pessoais e contextuais associadas à transição; a identificação de pontos e eventos críticos. Compreender a multidimensionalidade dos processos a transição permite ao enfermeiro ajudar o doente a identificar mudanças forçadas pela doença e procurar novas possibilidades que podem emergir das experiências disruptivas, proporcionando uma abordagem mais holística da prestação e cuidados (Kralik, 2002).

Nesta perspetiva, a prestação de cuidados é vista como um processo que facilita transições bem sucedidas, que não estão balizadas por um início ou fim medicamente determinados do evento. A admissão e alta de doentes são eventos que podem ser considerados ou como pontos no tempo, ou como experiências

transacionais. A primeira perspetiva limita o trabalho do enfermeiro àquele tempo específico; enquanto que a segunda perspetiva permite a preparação para a continuidade da prestação de cuidados, um processo de coping, e uma perspetiva temporal mais alargada.

Assim, identificar transições como o foco central da enfermagem e desenvolver enquadramentos coerentes para descrever as transições pode permitir perceber melhor a forma como os indivíduos experienciam as diferentes mudanças nas suas vidas que levam a consequências de saúde-doença, e avançar com o conhecimento de terapêuticas de enfermagem que facilitem o processo de transição no sentido de maior saúde.

A entrada num programa de reabilitação cardíaca implica um momento de transição para o doente e para a família. A pessoa deve abandonar o papel de 'doente' e voltar a adotar muitos dos seus papéis anteriores, papéis que exigem um elevado nível de independência e autonomia. O programa de reabilitação também requer a aquisição de um novo papel por parte do doente. Não é um papel de 'doente', mas também não é o papel de pessoa 'saudável', mas antes o papel de 'pessoa em risco'. O doente é identificado como estando em risco para experienciar um futuro EAM e como tal é encorajado a modificar todos os fatores de risco coronários. Tais modificações representam várias mudanças no estilo de vida dos doentes e das suas famílias. Os doentes têm de alterar a sua alimentação, a quantidade de exercício físico que fazem, a medicação que devem ou não tomar, e os fatores de stress que estão presentes nas suas vidas. O papel de doente em risco é um papel extremamente difícil para doentes cardíacos uma vez que exige mudanças em quase todos os aspetos da vida dos indivíduos, mudanças essas que os doentes e as suas famílias sabem que serão permanentes.

Apesar dos cuidados de enfermagem serem implementados no sentido de ir ao encontro das necessidades especiais dos doentes com EAM e das suas famílias, estes são apenas um primeiro passo uma vez que o stress emocional experienciado pelo doente e pela sua família continua, e muitas vezes intensifica-se, após a alta hospitalar.

Como referido anteriormente, as variáveis psicossociais desempenham um papel fundamental no processo transição saúde/doença para os doentes cardíacos e para as suas famílias. Se os enfermeiros pretendem ser eficazes em ajudar os doentes e as suas famílias, devem ter em conta a natureza e a severidade dos problemas experienciados por estas, e proporcionar intervenções de enfermagem para além do

contexto dos cuidados hospitalares. Neste sentido, a abordagem da enfermagem que tenha em conta a complexidade e multidimensionalidade dos processos de transição é importante no processo de adaptação saúde/doença da pessoa com EAM.



## **CAPÍTULO II**

### **O PERCURSO METODOLÓGICO**



Neste capítulo serão descritas as opções metodológicas que se adotaram para a concretização deste estudo de investigação.

Desta forma, procedemos à apresentação da problemática e objetivos que o orientaram, dos elementos do desenho de investigação: tipo de estudo, contexto do estudo e participantes, procedimentos relativos à recolha e análise de dados e dos aspetos éticos da investigação.

## **1. Da Problemática aos Objetivos do Estudo**

A Investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, através da identificação e validação de saberes científicos, permitindo uma evolução para a prática baseada na evidência assim como, permitir melhorar a qualidade dos cuidados prestados e otimizar os resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Neste sentido, a utilização da prática baseada na evidência também é fundamental para a intervenção do enfermeiro nomeadamente, na compreensão de fenómenos associados às situações de transição uma vez que, lhe proporciona uma maior segurança na prestação de cuidados e a certeza de que tem uma atuação adequada do ponto de vista da melhor evidência existente no momento.

A pessoa com diagnóstico de EAM é em geral, uma pessoa ansiosa em virtude da insegurança quanto à evolução da doença, do prognóstico e, na antecipação de possíveis acidentes isquémicos agudos graves, potencialmente fatais (Abreu, 2015). De acordo com esta autora, quando ocorre um internamento por EAM, o doente irá vivenciar, além dos sintomas físicos, um turbilhão de emoções, desde a sensação de perda de controlo e de referenciais, assim como, medo, isolamento, desespero e impotência perante a doença. O pensamento oscila entre o imperativo do tratamento e a urgente alteração do estilo de vida.

Considerando que a pessoa com EAM tem uma enorme necessidade de adaptação à nova condição, o processo de transição saúde/doença é uma dimensão importante da prática de enfermagem. Assim, a intervenção de enfermagem pode ser verdadeiramente significativa, na ajuda à pessoa no sentido de uma vivência saudável de transição. Para Meleis (2010) a transição tem um papel central na prática da Enfermagem. Pensar na pessoa em termos de transições promove a continuidade não apenas através do tempo, mas também através das suas várias dimensões. Ao encarar a transição como um processo, o objetivo será antecipar os pontos em que a pessoa está mais vulnerável no que respeita à sua saúde, com a intenção de

conseguirmos dirigir esforços no sentido de estabelecer e reforçar as suas defesas assim como reduzir riscos.

Desta forma, a investigação em enfermagem terá sempre um papel fundamental no estudo dos fenómenos associados às situações de transição, pela descrição e esclarecimento desses mesmos fenómenos assim como, no reconhecimento de estratégias, isto é, intervenções de enfermagem que promovam uma maior capacidade do ser humano, em lidar com essas transições.

Na sequência do exposto e considerando, nomeadamente, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, torna-se visível a necessidade da intervenção do enfermeiro, para ajudar a pessoa com EAM na transição para um novo papel, promovendo a sua autonomia, capacidade de decisão e de escolha de forma a ocorrer uma transição saudável. A corroborar esta ideia, o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (2011), preconiza que o enfermeiro especialista cuide da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, sobretudo assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde, e demonstre conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica.

Tendo por base estes pressupostos, e considerando o percurso desenvolvido no serviço de urgência, durante nove anos, onde recorriam com frequência doentes com EAM e que constitui a manifestação mais grave da doença coronária, provocando alterações na qualidade de vida da pessoa, é primordial adequar os cuidados de enfermagem às necessidades destes utentes.

Neste contexto, a problemática em estudo **“O processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM”**, emerge da reflexão das nossas práticas e da forma como atuamos com a pessoa com EAM que enfrenta uma hospitalização súbita, da necessidade de compreender as vivências de um utente com EAM e os contributos da enfermagem, com o intuito de aumentar a qualidade dos cuidados prestados ao utente nesta fase de transição, ajudando o utente a caminhar para um processo de adaptação à doença saudável. Desta forma, é objetivo deste estudo compreender o processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM, na perspetiva do utente, tendo-se delineado os seguintes objetivos específicos:

- Perceber o significado do evento EAM para a pessoa;
- Identificar as implicações do processo de transição saúde/doença para a pessoa com EAM;

- Identificar os fatores facilitadores do processo de transição saúde/doença para a pessoa com EAM;
- Descrever a percepção da pessoa com EAM sobre as intervenções de enfermagem no processo de transição saúde/ doença.

Delimitada a problemática e os objetivos do estudo, de seguida descrevemos as opções metodológicas que o sustentaram.

## **2. Tipo de Estudo**

A prática de Enfermagem caracteriza-se como profundamente humana e dinâmica, e sendo o principal objetivo desta investigação, a descrição e a compreensão de experiências humanas, o presente estudo assenta nas características de um paradigma qualitativo. Nas palavras de Streubert e Carpenter (2013), os investigadores qualitativos salientam seis características importantes na sua investigação: a crença em múltiplas realidades; o compromisso com a identificação de uma abordagem para compreender o fenómeno estudado; o compromisso com o ponto de vista do participante; a conduta de pesquisa que limita a corrupção do contexto natural do fenómeno de interesse, o reconhecimento da participação do investigador na investigação e a compreensão do fenómeno, relatando-o num estilo literário e incluindo o discurso dos participantes.

Face ao exposto, e considerando que neste estudo pretendemos compreender experiências, o que significa viver determinado fenómeno, nomeadamente o processo de transição saúde/doença para a pessoa com EAM, será adequada a opção por este tipo de investigação, pois as seis características apresentadas coadunam-se e permitem atingir os objetivos traçados para este estudo.

Tendo em conta o supracitado, optamos por uma abordagem do tipo descritivo, com uma componente exploratória, pois pretende-se descrever o fenómeno de transição saúde/doença para a pessoa com EAM, explorando os significados atribuídos pelos utentes a esta realidade. Tal como refere Polit e Hungler (2000) em investigação qualitativa os estudos descritivos permitem descrever dimensões, variações e a importância do fenómeno, através da observação, descrição e classificação. A exploração permite analisar a natureza do fenómeno, a forma como se manifesta e outros fatores com que se relaciona.

Relativamente à dimensão temporal, este estudo é do tipo transversal, pois a obtenção dos dados foi realizada num determinado momento. São estudos práticos,

relativamente económicos e fáceis de aplicar, no entanto, não permitem avaliar mudanças ou tendências temporais, como é o caso da transição saúde/doença (Polit & Hungler, 2000).

### **3. O Contexto e os Participantes do Estudo**

Neste ponto vamo-nos debruçar sobre o contexto onde se realizou o estudo, assim como sobre os participantes e sua caracterização.

#### **3.1. O Contexto**

Considerando os objetivos do estudo optamos por uma Unidade de Prevenção e Reabilitação CardioVascular (UPRCV) de um Hospital da Região Norte, sobre o qual será primordial fazer uma breve caracterização.

A UPRCV está integrada no serviço de Cardiologia. É presentemente um programa interdisciplinar, que integra um vasto leque de profissionais: dois cardiologistas, um fisiatra, dois psiquiatras, um fisioterapeuta, um nutricionista, um psicólogo clínico, dois enfermeiros, um cirurgião vascular, dois urologistas e quatro endocrinologistas, no total de dezassete profissionais de saúde.

Os programas de reabilitação cardiovascular englobam avaliação da condição física, funcional e psico/social do doente, sessões de exercício físico e ações de formação; assim como consultas externas de medicina física e reabilitação, nutrição e psiquiatria, e consultas internas, no internamento de cardiologia de medicina física e de reabilitação, psiquiatria, nutrição e desabitação tabágica, que têm lugar sempre que são solicitadas pelo cardiologista ou por um enfermeiro.

As sessões de exercício físico incorporam grupos de oito/nove doentes, no total de cinco classes por semana. Decorrem com uma periodicidade bissemanal, perfazendo um total de doze sessões semanais em funcionamento nesta unidade.

As ações de formação decorrem ao longo de oito semanas, destinadas aos doentes e seus familiares. Estas sessões são previamente calendarizadas e recaem nos seguintes temas: doença coronária, nutrição, stress, desabitação tabágica e exercício físico, disfunção erétil no contexto da doença vascular e doença arterial periférica obstrutiva.

Existem quatro programas de reabilitação que se diferenciam de acordo com as diferentes patologias e situações clínicas. As fases em curso no Hospital do estudo,

em cada um dos diferentes programas são as fases I (na unidade de cuidados intensivos coronários e enfermaria de cardiologia), II e III (orientação no início da fase II e manutenção do seguimento em regime de consulta externa). Os doentes abrangidos por estes programas apresentam as seguintes condições clínicas/patologias: doença coronária; pré e pós cirurgia valvular e transplante cardíaco ou cardiopulmonar; insuficiência cardíaca e insuficiência cardíaca em doentes portadores de pacemaker bi-ventricular; pré e pós implantação de cardioversor desfibrilhador implantável.

A opção de escolher este contexto deveu-se ao facto de ser um serviço onde se dirigem indivíduos que experienciaram o fenómeno de interesse para este estudo, o EAM. Tal como refere Streubert & Carpenter (2013), na abordagem qualitativa os indivíduos são seleccionados para participar na investigação de acordo com a sua experiência em primeira mão, interação social ou fenómeno de interesse.

Prendeu-se, ainda com o facto de integrar a instituição onde exerço a minha atividade profissional, o que facilita a proximidade e um melhor acesso aos participantes e como tal o procedimento de recolha de dados.

### **3.2. Os Participantes**

Na investigação qualitativa não existe a necessidade de recorrer a amostragem, uma vez que a manipulação, controle e generalização dos resultados não é intenção de pesquisa (Streubert & Carpenter, 2013). A preocupação do investigador é desenvolver uma descrição rica e densa do fenómeno em estudo e não generalizar os dados obtidos. Logo, o pesquisador seleciona intencionalmente indivíduos ou grupos que tenham vivenciado o fenómeno (Driessnack, Sousa & Mendes, 2007).

De acordo com o referido, optamos por um método de amostragem não probabilística de conveniência, ou seja, a amostra utilizada é constituída por elementos da população facilmente acessíveis ao investigador no local de realização da pesquisa e que cumprem critérios de inclusão. Neste sentido, a amostra compreenderá pessoas com EAM que aceitaram participar no estudo e obedecem aos seguintes critérios de inclusão: primeiro evento de EAM; que se encontrem a finalizar programa de reabilitação cardiovascular; apresentem condições clínicas para participar no estudo e capacidade de interpretação das questões da entrevista.

Assim participaram no estudo dez utentes, com as características sociodemográficas que apresentamos de seguida na tabela 1 (página seguinte).

ENTREVISTA	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	MEIO	AGREGADO	SITUAÇÃO FACE AO TRABALHO	PROFISSÃO	HABILITAÇÕES	DIAS DE INTERNAMENTO
E1	70	Masculino	Casado	Urbano	Vive com parceiro/a	Trabalhador	Médico	Licenciatura	7
E2	65	Masculino	Divorciado	Urbano	Vive só	Reformado	Administrativo	Ensino básico	2
E3	51	Masculino	Divorciado	Urbano	Vive com parceiro/a	Trabalhador	Serralheiro	Ensino primário	10
E4	70	Masculino	Casado	Urbano	Vive com parceiro/a	Reformado	Bancário	Ensino básico	10
E5	70	Masculino	Casado	Urbano	Vive com parceiro/a	Reformado	Empresário	Ensino básico	10
E6	63	Masculino	Casado	Urbano	Vive com parceiro/a	Reformado	Eletricista	Ensino primário	15
E7	71	Masculino	Casado	Urbano	Vive com parceiro/a	Reformado	Técnico de Vendas	Ensino básico	45
E8	72	Feminino	Divorciado	Rural	Vive só	Reformado	Empregada doméstica	Ensino primário	7
E9	77	Masculino	Casado	Urbano	Vive com parceiro/a	Reformado	Engenheiro químico	Licenciatura	5
E10	65	Masculino	Casado	Urbano	Vive com parceiro/a	Reformado	Auxiliar de Ação Médica	Ensino primário	30

**Tabela 1.** Caracterização dos participantes

Os participantes do estudo têm idades compreendidas entre os 51 e os 77 anos e são na sua maioria, do sexo masculino, casados que vivem com a parceira numa residência em meio rural. A maioria apresenta-se reformado, sendo que dois participantes se encontram em vida ativa. As habilitações literárias são diversificadas considerando que temos participantes com níveis de escolaridade do nível do ensino primário (até ao 4.º ano), nível do ensino básico (até ao 9.º ano), e nível do ensino superior (licenciatura). A amostra reúne participantes com tempos de internamento muito variáveis, de 2 a 45 dias de internamento, sendo que 4 do total dos participantes ficaram no internamento até uma semana.

#### 4. Procedimento de Recolha de Dados

A estratégia de recolha de dados a utilizar num estudo e investigação deve ser escolhida pelo investigador, em função do objetivo do estudo, e nessa medida “a escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou da variável e dos instrumentos disponíveis” (Fortin, 2009, p. 368).

Neste estudo, a entrevista pareceu-nos o instrumento de recolha de informação mais adequado, porque permite aos investigadores seguirem o raciocínio dos participantes, fazerem perguntas clarificadoras e facilitar a expressão das experiências vividas pelos participantes (Streubert & Carpenter, 2013). Segundo os mesmos autores, a entrevista permite entrar no mundo da outra pessoa e é uma excelente fonte de dados.



Recorremos à entrevista semi-estruturada pois como refere Ribeiro (2010) esta permite ao entrevistado discorrer sobre a sua experiência de um modo amplo. Neste tipo de entrevistas procura-se clarificar o que está a ser dito pela clarificação do significado que é atribuído a termos, expressões ou acontecimentos.

Este tipo de colheita de dados depende muito das competências do investigador para estabelecer relação com os participantes. É importante que este seja capaz de manter o interesse do participante, para que ele se sinta disponível para revelar a informação (Streubert & Carpenter, 2013).

Assim, construímos para o efeito um guião de entrevista (apêndice I) com questões abertas, orientadas para tópicos que decorrem dos objetivos do estudo, da pesquisa bibliográfica e do conhecimento sobre a temática, dando liberdade ao participante para se expressar. Este guião foi submetido a um pré teste com o intuito de verificar a compreensão das questões e se estas davam resposta aos objetivos propostos. Este foi realizado junto de uma pessoa com as mesmas características dos participantes e não foi necessário proceder a nenhuma alteração de fundo ao guião.

De acordo com Streubert & Carpenter (2013) a colheita de dados continua até o investigador considerar que a saturação foi alcançada, ou seja, quando não surgem novos temas ou essências dos participantes e os dados se repetem. O critério final para estabelecer se devemos ou não concluir o processo de recolha e análise de dados é a saturação teórica, ou seja, o ponto no desenvolvimento das categorias em que não surgem novas propriedades, dimensões ou relações durante a análise (Strauss & Corbin, 2008). No prosseguimento da análise de dados, consideramos ter atingido a saturação teórica após a realização de dez entrevistas, constatando-se que as respostas dos participantes começavam a repetir-se e não adicionavam dados novos a pesquisa. Embora cientes de que em investigação do tipo qualitativo cada experiência individual deve ser valorizada, e que poderíamos ter obtido outras respostas com outros participantes, contudo entendemos que não seria necessário realizar mais entrevistas.

A colheita de dados decorreu entre junho de 2016 e julho de 2016 e as entrevistas foram realizadas aquando do programa de reabilitação cardiovascular, oito semanas após o evento isquémico.

A escolha deste período para realizar a entrevista deveu-se ao facto de considerarmos ser suficientemente distante do evento isquémico para que a pessoa entrevistada conseguisse falar sobre o assunto e, ao mesmo tempo, ser suficientemente próximo para que o seu relato se aproximasse o mais possível do

vivenciado, assim como compreender as implicações para a vida da pessoa com EAM.

Para a seleção dos participantes tivemos a colaboração do enfermeiro a realizar turno na UPRCV. Estes ou a investigadora procederam a uma abordagem do utente num dia de programa de reabilitação cardiovascular para informar sobre a realização do estudo e questionar da disponibilidade para participar no mesmo. Em caso afirmativo procedemos à identificação do utente registando o seu nome, solicitando consentimento, sendo agendada posteriormente a entrevista para o dia da alta do programa de reabilitação cardiovascular.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privado (gabinete, sala de reuniões) com as condições necessárias para que os participantes se sentissem dispostos a colaborar e expor as suas vivências, facultando sempre um clima de privacidade e de confiança, recorrendo à gravação da mesma em sistema áudio, após obtenção do consentimento informado.

## **5. Procedimento de Análise de Dados**

Segundo Streubert & Carpenter (2013) a análise de dados na investigação qualitativa começa quando a colheita de dados se inicia. É uma das etapas que constitui a fase metodológica de um processo de investigação, e que deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho do estudo.

Deste modo, após a realização das entrevistas às pessoas com EAM, realizamos a análise da informação e a sua sistematização através da análise de conteúdo segundo Bardin (2011). Segundo esta autora, a análise de conteúdo é

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações que pretende obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativamente às condições de produção/receção dessas mensagens” (2011, p.44).

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, com o intuito de assegurar um tratamento sistematizado da informação recolhida.

De forma a facilitar a localização dos dados, as entrevistas foram identificadas com a letra “E” e com um número (1 a 10) pela ordem cronológica em que ocorreram.

O processo de análise de conteúdo seguiu as quatro fases apontadas pelo autor acima referido: a organização da análise, a codificação, a categorização e a inferência (ibidem,2011).

A organização da análise de conteúdo fragmenta-se em torno de três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material; o tratamento dos resultados a inferência e a interpretação (ibidem, 2011).

A codificação corresponde a uma transformação dos dados em bruto do texto, o que vai permitir atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão e que é suscetível de esclarecer sobre as características do texto ou seja, permitem uma descrição exata das características apropriadas do conteúdo (ibidem, 2011).

Segundo a mesma autora, a organização da codificação compreende três escolhas: o recorte (escolha das unidades); a enumeração (escolha das regras de contagem); classificação e agregação (escolha das categorias).

O processo de categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e por reagrupamento segundo o género (analogia). As categorias são rubricas ou classes que reúnem unidades de registo sob um título genérico, agrupamento esse, realizado em função de características comuns destes elementos (ibidem, 2011). O critério de categorização adotado foi o semântico (categorias temáticas) em que o sistema de categorias não foi fornecido *a priori*, resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos à medida que vão sendo encontrados. Este é o procedimento por “acervo” (ibidem,2011).

A inferência corresponde a “(...) realizar uma análise de conteúdo sobre a análise de conteúdo) (ibidem, 2011, p. 167).

A análise dos dados de acordo com os passos atrás enunciados permitiu obter um conjunto de áreas temáticas e respetivas categorias e subcategorias que se encontram expressas num quadro síntese (Apêndice III), assim como as respetivas unidades de registo, as quais nos permitem ter uma visão global do olhar dos participantes sobre o processo de transição saúde/doença e perceção dos mesmos sobre os contributos da intervenção de enfermagem.

## **6. Considerações Éticas**

No processo de investigação é primordial a compreensão dos assuntos éticos, neste sentido, os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de conduzir investigação que defenda princípios éticos sólidos e proteja os participantes (Streubert e Carpenter, 2013). Tal com refere Fortin (2009), a investigação em saúde deve, desde o primeiro momento, ter em conta algumas considerações éticas, uma vez que envolve pessoas, tais como: respeito pelo consentimento livre e esclarecido; respeito pelos grupos vulneráveis, respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; respeito pela justiça e pela equidade; equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes; a otimização das vantagens.

Para seguir estes princípios, numa primeira fase foi efetuado um pedido de autorização às entidades responsáveis do hospital em questão para a realização do estudo, em impresso próprio facultado pelo hospital (Anexo I). Assim, este pedido de autorização foi dirigido ao Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação, à Direção de Enfermagem e Direção Clínica, à Comissão de Ética e ainda ao Conselho de Administração. O estudo apenas foi iniciado após obtenção do parecer favorável por estas entidades (Anexo II).

Durante a investigação, todos os participantes foram previamente esclarecidos sobre a finalidade e objetivos do estudo e de que forma pretendíamos concretizá-lo. Foi ainda disponibilizado um documento informativo sobre o estudo (Apêndice II) e facultada a oportunidade ao participante de realizar questões para esclarecimento de dúvidas. Depois de devidamente esclarecidos, foi-lhes solicitado o consentimento escrito no qual é garantida a confidencialidade e anonimato das declarações (nomeadamente através da atribuição de um código a cada participante, E1 a E10) (Anexo III).

Para além do referido anteriormente, tivemos em consideração os seguintes aspetos éticos: proteção dos participantes contra qualquer dano, esclarecimento sobre o direito de não-aceitação e de desistência sem qualquer repercussão negativa para os próprios, isenção e autenticidade na análise e tratamento dos dados e na apresentação das conclusões.

### **CAPÍTULO III**

## **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**



Neste capítulo é apresentada a análise dos resultados obtidos, de acordo com as principais áreas temáticas identificadas nos discursos dos participantes.

A análise dos discursos produzidos pelos participantes aquando da entrevista permitiu obter um conjunto de áreas temáticas, respetivas categorias e subcategorias expressas na figura (Figura 2). Estas permitem-nos ter uma visão global do olhar das pessoas com EAM que integraram o estudo sobre o processo de transição saúde/doença e a perceção dos mesmos sobre as intervenções de Enfermagem.

<p><b>1. Significado do evento</b></p> <p><b>Sintomas físicos</b></p> <p>Dor Vómitos Astenia Mal-Estar Alterações da visão Suores</p> <p><b>Sentimentos vivenciados</b></p> <p>Preocupação/Medo Choque</p> <p><b>Consciencialização da Doença</b></p> <p>Âmbito da Doença Comportamentos de Risco</p>	<p><b>2. Implicações do EAM</b></p> <p><b>A nível dos estilos de vida</b></p> <p>Exercício físico Adesão a terapêutica medicamentosa Cessação tabágica Alteração de hábitos alimentares Atitude perante a vida</p> <p><b>Vigilância de saúde</b></p> <p><b>A nível económico</b></p> <p><b>A nível profissional</b></p>
<p><b>3. Fatores facilitadores do processo transição saúde/doença</b></p> <p><b>Envolvimento da equipa multidisciplinar</b></p> <p><b>Apoio da família</b></p> <p><b>Programa de Reabilitação Cardiovascular</b></p> <p><b>Características Pessoais</b></p>	<p><b>4. Perceção da intervenção de Enfermagem</b></p> <p><b>Intervenções valorizadas</b></p> <p>Vigilância contínua Informação Apoio</p> <p><b>Competência dos Profissionais</b></p> <p><b>Relação com a equipa multidisciplinar</b></p>

**Figura 2.** O processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM: Áreas temáticas, categorias e subcategorias

Conforme já referido, no sentido de uma melhor estruturação, a descrição e análise dos resultados será organizada pelas áreas temáticas expressas anteriormente, com o recurso a excertos das entrevistas. Para cada área temática será apresentada uma tabela onde configuram as respetivas categorias e subcategorias, de modo a facilitar um olhar mais focado na mesma.

## 1. Significado do Evento

Nesta primeira área temática organizam-se os significados atribuídos pelo doente ao evento EAM, e que foram agrupados em três categorias: sintomas físicos, sentimentos vivenciados e consciencialização da doença (tabela 2).

Categoria	Subcategoria	Total de Unidades de Registo
<b>Sintomas físicos</b>	Dor/Desconforto torácico	8
	Vómitos	1
	Astenia	2
	Mal-Estar	4
	Alterações da visão	1
	Suores	1
<b>Sentimentos vivenciados</b>	Preocupação/Medo	24
	Choque	13
<b>Consciencialização da doença</b>	Âmbito da doença	13
	Comportamentos de risco	4

**Tabela 2:** Significado do evento: Categorias e Subcategorias

### Sintomas Físicos

Nas entrevistas recolhidas, 8 dos participantes associam o EAM a sintomas de desconforto físico, com particular destaque para a **dor pré-cordial/desconforto torácico**. Por vezes esta dor apresentou-se classicamente como uma forte dor retroesternal, sendo noutras situações descrita algo similar a uma angina, desconforto torácico ou usavam palavras como aperto, dor ou pressão, como é perceptível pelas seguintes unidades de registo:

*“(...) agora é que tive dor, tive enfarte (...), só tive dor pré-cordial (...)” (E1)*



*“Eu senti (...) uma dor no peito, uma dor aguda, persistente (...) mas depois abrandou (...)” (E7)*

*“(...) sentia dor no peito (...) era desconfortável (...)” (E8)*

*“Era um aperto no peito eu só fazia assim... (movimentos com a mão no peito) (...)” (E8)*

*“Tive (...) os sintomas mais o menos clássicos só não tive dor para o braço, mas tive pressão no peito durante toda a noite. (...) a partir de uma certa altura a pressão começa a ser muito grande (...)” (E9)*

Os participantes referem também outros sintomas como **vómitos, astenia, mal-estar, alterações da visão, suores**, expressando-o da seguinte forma:

*“(...) era até mais o querer andar, parece que me faltava a força nas pernas (...)” (E4)*

*“(...) tinha vontade de vomitar (...)” (E6)*

*“(...) senti-me muito cansado, tive de parar (...)” (E1)*

*“É assim, não era dor, era tipo de um ardor, tipo de um formigueiro (...) não sei explicar bem (...)” (E2)*

*“(...) aquele tipo de sensação de que o peito está a ser apertado, um mal-estar.” (E7)*

*“(...) e a luz a ficar assim um bocado diferente, não era tão clara, era assim um bocadinho turva (...)” (E4)*

*“(...) e dá-me uns suores muito fortes e comecei a suar (...)” (E8)*

### **Sentimentos Vivenciados**

O EAM é também associado a questões do foro emocional. Neste domínio os participantes recordam sentimentos vivenciados durante o evento. É possível distinguir referências da maioria dos entrevistados (9) às **preocupações e medos** experienciados em consequência do EAM.

*“Foi uma preocupação grande (...) quando se trata do coração é sempre preocupante (...) o coração mete-nos sempre medo (...) é um órgão vital do ser humano (...)” (E2)*

*“(...) senti medo, muito medo.” (E3)*

*“[agora] preocupo sabe que isto é a nossa máquina não é!” (E10)*

Referem ter sentido medo de morrer e medo das consequências futuras do evento, relativamente aos impactos na sua vida, nas suas capacidades e na vida da sua família.

*“É o medo de morrer (...) apesar que eu até não sou nada medroso nessas coisas (...)” (E4)*

*“(...) é a noção que está a acontecer alguma coisa e que isto pode acabar de repente (...) por fim à vida (...)” (E5)*

*“Eu não tenho medo de morrer só tenho medo de sofrer.” (E9)*

*“[Sentimento] de morte (...) chorei, achava que ia morrer (...)” (E10)*

*“Deu-me isto [EAM], podia ter partido, haver mais complicações e é mau para nós e para a família como em muitos casos que ficam aí numa cadeira de rodas (...)” (E4)*

*“Foi um pesadelo muito grande (risos) quem estava habituado a trabalhar quase de noite e de dia.” (E6)*

*“[o que mais me preocupa] (...) é fazer sofrer a família (...) eu não queria era dar trabalho à família (...)” (E6)*

Outra preocupação frequente diz respeito ao medo de recorrência de um evento cardíaco. Os problemas “de coração” são percebidos como muito graves e com grandes implicações na saúde das pessoas, como se pode verificar nas seguintes unidades de registo:

*“É mais a preocupação, (...) que às vezes volte a acontecer (...)” (E4)*

*“[o que mais me preocupa] é o tornar a dar-me qualquer coisa (...)” (E6)*

*“(...) tenho medo que às vezes volte a acontecer é aquele receio.” (E8)*

Alguns entrevistados, concentram-se no processo de recuperação.

*“O que mais me preocupa (...) é curar-me.” (E3)*

Por outro lado, as pessoas entrevistadas (6) manifestaram: surpresa e incredulidade perante a situação fazendo referência a um **sentimento de choque** como se pode observar nas seguintes unidades de registo:

*“(...) foi uma coisa que eu nunca esperei (...) mas acabou por acontecer.” (E3)*

*“É uma má surpresa (...) não se está à espera.” (E5)*

*“(...) é uma coisa que não se está à espera, como sabe, isto é, de repente, é um ataque (...) é um susto (...)!” (E5)*

*“(...) parece que senti os pés a fugir por ali fora, fiquei assustado” (E7)*

### **Consciencialização da Doença**

Entre os depoimentos dos entrevistados é possível identificar algumas referências relativas ao que considerámos ser a consciencialização da doença, que se traduz pela perceção, conhecimento e reconhecimento do âmbito da doença e dos comportamentos de risco associados por parte de quem está a vivê-la.

Relativamente ao **âmbito da doença**, à forma como o EAM foi entendido, a sua gravidade e consequências, constata-se que a grande maioria não teve a consciência que estava a ter um EAM quando ocorreu o evento, sendo apenas identificados 3 participantes que tiveram essa noção:

*“(...) sabia que era uma situação grave, mas aceitei-a perfeitamente (...) aceitei dentro aquilo que (...) estava à espera que acontecesse.” (E1)*

*“(...) eu precisava de mudar hábitos e precisava de um estímulo para modificar a minha maneira de estar (...) e de fazer as coisas.” (E1)*

*“(...) nem sabia o que era isso [EAM], (...) aquilo foi uma coisa tão de repente, estava bem, estava no sofá.” (E6)*

*“Nunca pensei [que seria um EAM], (...) eu como fui operada, tirei o estomago (...) pensei (...) será alguma coisa (...) que comesse e que me tivesse caído mal (...)” (E8)*

*“(...) fiquei com certeza absoluta, nunca perdi a consciência [que estava a ter] um enfartão (...) fiquei na dúvida é se sobrevivia ou não (...) não tive dúvidas porque também fiz três anos de medicina ainda tenho algumas ideias.” (E9)*

Alguns entrevistados apontam também algumas explicações ou causas para o EAM, referindo nomeadamente **comportamentos de risco** associados ao estilo de vida, como o consumo de tabaco, consumo de álcool, dieta pouco saudável, stress psico-social, como possíveis determinantes para o evento, tal como podemos confirmar nos seguintes excertos:

*“(...) já estava a espera (...) porque sei que cometia alguns excessos, nomeadamente o tabaco, tinha fatores de risco, tinha também mais ou menos alimentares, portanto tinha alguns fatores de risco e esses fatores de risco mais dia menos dias iam me levar à situação (...) mas eu continuei a fazer as asneiras! (sorrisos).” (E1)*

*“(...) desde miúdo (...) entrava um bocadinho em stress, sentia um bocado de ansiedade, era emotivo (...) talvez até tenha contribuído para [o EAM].” (E4)*

*“Fumava mais! Comia pior! Na altura eu até fumava mais porque eu sentia-me nervoso, foi a falta do trabalho, estar parado, à priori foi aí, que eu era uma pessoa muito ativa.” (E6)*

*“(...) para mim ter um enfarte (...) são as asneiras que a gente faz, (...) toda a minha vida foi uma vida dedicada ao setor das vendas, a gente anda por toda a parte do país, (...) sai de manhã e chega à noite, outras vezes uma semana sem vir a casa e então, é as boas comidas, as boas bebidas, era o tabaco, o café, tudo isso era um acumular de muitos anos.” (E7)*

## 2. Implicações do EAM

Quanto às implicações do evento EAM, organizamos os discursos em três categorias: a nível dos estilos de vida, a nível económico, a nível profissional (tabela 3).

Categoria	Subcategoria	Total de Unidades de Registo
A nível dos estilos de vida	Exercício físico	12
	Adesão à terapêutica Medicamentosa	4
	Cessação tabágica	8
	Alteração de hábitos alimentares	23
	Atitude perante a vida	9
A nível económico		8
A nível profissional		2

**Tabela 3:** Implicações do EAM: Categorias e Subcategorias

### A Nível dos Estilos de Vida

As implicações a nível dos estilos de vida são as que têm mais destaque e referem-se à transformação de comportamentos nomeadamente a realização de **exercício físico, a adesão a terapêutica medicamentosa, a cessação tabágica, a alteração de hábitos alimentares, e nova postura perante a vida.**

A maioria dos entrevistados (9) integraram a realização de **exercício físico** como um novo hábito.

*“(...) eu por mim se não for caminhar às 8 vou caminhar às 10 da noite, ou às 6 da manhã (...)” (E3)*

*“(...) faço umas caminhadzinhas (...)” (E6)*

*“(...) faço três vezes hidroginástica por semana e faço caminhadas.” (E8)*

*“(...) mantenho os exercícios que aqui recomendaram, mantenho exatamente com o ritmo um bocadinho aumentado.” (E9)*

A **adesão à terapêutica medicamentosa** foi proferida por 4 dos entrevistados, como podemos constatar nas seguintes unidades de registo:

*“(...) quando saí do hospital fui medicado, disseram me para fazer a medicação religiosamente e eu faço a medicação às horinhas.” (E2)*

*“Passou-me quatro [medicamentos], de manhã, agora ao almoço, e são mais dois à noite! [e isto] chatear, chateia, mas tem que ser, não é!” (E3)*

*“(...) levo a medicação certinha (...)” (E8)*

A **cessação tabágica** foi referida por 6 participantes, conforme se pode observar nas seguintes unidades de registo:

*“(...) eu fumava 25 cigarros por dia e eu deixei de fumar no dia em que me deu, sem qualquer medicação, sem qualquer auxiliar, sem nada, portanto (...)” (E1)*

*“(...) deixei de fumar no dia em que entrei ali nas urgências.” (E2)*

*“(...) Senhora Enfermeira, eu fumava 4 maços de tabaco por dia (...) eu desde que me deu isto nunca mais!” (E3)*

A totalidade dos participantes (10) refere **alteração de hábitos alimentares**, e expressaram-no do seguinte modo:

*“Alimentação mudei completamente, neste momento não como gorduras (...) e faço uma alimentação muito à base de legumes, (...)” (E1)*

*“(...) eu deixei de comer sal (...) e hoje eu não bebo bebidas com gás.” (E2)*

*“Com pouco sal, grelhados (...) óleos usamos muito pouco, é tudo azeite (...)” (E4)*

*“(...) se fosse como a gente fazia antigamente pega numa pizza que custa três euros e mete dentro do forno! Mas automaticamente deixei de comer tudo isso, deixei de comer a manteiga (...) mas a manteiga não sei porque tiraram (...)” (E8)*

*“(...) alimentação já não é a que a gente fazia antes de acontecer isto eu gostava muito de carne de porco e essas gorduras (...) mas agora já estou um bocado limitado.” (E10)*

*“Agora como mais a base de cozidos e grelhados, e também gosto muito mais de peixe do que de carne.” (E10)*

A nível dos estilos de vida descrevem também alguma perda de energia e o desenvolvimento de uma nova **atitude perante a vida**, mais tranquila e com menos stress, como se pode constatar nas seguintes unidades de registo:

*“[O EAM] baixa muito a autoestima de uma pessoa (...) porque deixamos de ser aquela pessoa com saúde (...) fosse o trabalho que fosse que me aparecesse eu não tinha medo e agora já tenho!” (E3)*

*“O ataque pôs tudo em causa, desde a política, à religião, a tudo (...) houve mudanças de paradigmas!” (E5)*

*“[agora sou] diferente mesmo diferente a 100%. Porque eu era uma pessoa muito ativa, eu não me dava parado, (...) [agora] sinto-me muito calmo.” (E6)*

*“Eu era uma pessoa que não me habituava a estar em casa mesmo ao fim de semana sempre trabalho (...) agora não, mas fico triste (...) falta-me aquele convívio diariamente do trabalho.” (E6)*

### **A Nível Económico**

Nem todos os participantes no estudo sentiram grandes consequências económicas decorrentes do EAM, ainda que reconheçam o aumento de algumas despesas, nomeadamente com a medicação, custos associados aos transportes para participar no programa de reabilitação cardiovascular, ou mesmo na mudança da alimentação. Dos seis que referiram consequências económicas, manifestaram-no como se pode ver nos excertos que se seguem:

*“Deixei tudo [o trabalho] (...) a nível financeiro a minha sorte é que eu tenho a minha esposa (...) a gente tem um tasquito, ela vai trabalhando e tal, porque se não...” (E3)*

*“(...) na alimentação gasta-se mais dinheiro (...) para comer melhor, gasta-se mais dinheiro! Para vir para aqui gasta-se transportes, medicamentos então, é uma carrada, eu falo por mim, e tudo isso para quem não ganha.” (E3)*

*“(...) se lhe mostrar o vale dos medicamentos que tomo, isto na farmácia mesmo com o desconto da segurança social deixamos umas centenas na farmácia(...)” (E7)*

*“(...) a gente gasta mais dinheiro em medicamentos, mas vai-se gerindo o aluguer, a televisão, o gás, a eletricidade (...) os medicamentos não são baratos e o meu orçamento é muito pequenino para as despesas que eu tenho!” (E8)*

*“As deslocações para aqui custou-me algum dinheiro porque moro numa zona com poucos acessos e tive que vir de taxi.” (E9)*

### **A Nível Profissional**

Por fim, as implicações ao nível profissional são mencionadas apenas por 2 dos participantes não reformados, sendo referido a necessidade de abrandar a carga de trabalho, pelo menos temporariamente. As implicações a este nível foram assim expressas:

*“(...) em termos de trabalho, reduziram-me o trabalho (...) e eu reduzi também o trabalho e comecei a ter outra vivência” (E1)*

*“Tive de reduzir [o trabalho], tive que parar, mas as coisas vão voltando (...) ao normal e é continuar.” (E3)*



### 3. Fatores Facilitadores do Processo Transição Saúde/Doença

Das entrevistas realizadas foi possível identificar os fatores facilitadores do processo transição saúde/doença que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e interferir nos resultados esperados e que organizamos em quatro categorias: envolvimento da equipa multidisciplinar, apoio da família, programa de reabilitação cardiovascular, características pessoais (tabela 4).

<b>Categoria</b>	<b>Total de Unidades de Registo</b>
<b>Envolvimento da equipa multidisciplinar</b>	2
<b>Apoio da família</b>	9
<b>Programa de Reabilitação Cardiovascular</b>	6
<b>Caraterísticas pessoais</b>	11

**Tabela 4:** Fatores facilitadores do processo transição saúde/doença: Categorias

#### **Envolvimento da Equipa Multidisciplinar**

Nesta categoria incluímos as unidades de registo em que a pessoa entrevistada expressa o envolvimento da equipa multidisciplinar, e que foi mencionado por 2 dos entrevistados:

*“O que facilitou este processo todo, foram os bons profissionais do Serviço Nacional de Saúde, sem dúvida nenhuma (...)” (E2)*

*“A camaradagem com toda a gente: com enfermeiros, auxiliares, doentes (...) vai ajudando a levar a vida para a frente.” (E7)*

#### **Apoio da Família**

Os entrevistados (8) mencionam situações de apoio familiar, referindo-se ao apoio afetivo e ao apoio nas transformações dos estilos de vida, como na prática de exercício físico ou na adaptação a hábitos alimentares, como se pode constatar nas seguintes unidades de registo:

*“(...) facilitou o apoio da família (...) a esposa colabora muito (...) a minha esposa faz a alimentação adequada para mim (...)” (E6)*

*“(...) as minhas próprias filhas também me dão muito apoio, vão caminhar comigo.” (E6)*

*“A minha filha (...) tem uma filha e tem marido, mas vinha de Braga para o Porto para ver o pai e depois é que ia para Vila do conde, este apoio é muito importante (...) o apoio de presença (...)” (E7)*

*“Mas elas [as filhas] sempre me apoiaram e sempre me diziam as coisas (...) mãe tem cuidado com os fritos, mãe tem cuidado com a boquinha, mãe tu exageras (...) as filhas são amiguíssimas.” (E8)*

*“A nível familiar, a minha mulher é médica passou a ter mais atenção (risos), ao nível da proibição do tabaquinho, ao nível da alimentação, ao nível de manter a persistência nos exercícios (...) que faço as duas vezes por semana tal e qual como aqui.” (E9)*

*“[O filho ajudava] (...) nas palavras (...) a nível psicológico.” (E10)*

### **Programa de Reabilitação Cardiovascular**

Nesta categoria incluímos as unidades de registo que demonstram que o programa de reabilitação cardiovascular facilita a adaptação à situação de doença, sendo este referido por 5 dos participantes.

*(...) o programa ajudou muito, a ganhar resistência (...) eu não me sinto cansado (...) ontem fiz à volta de 5 quilómetros no parque da cidade (...) tem de haver uma rotina.” (E1)*

*“Este acompanhamento [programa de reabilitação cardiovascular] ajudou muito!” (E3)*

*“Aqui no hospital deram uma boa ajuda, andei aqui na reabilitação que me fez muito bem (...)” (E10)*

### **Características Pessoais**

É também referido a importância das características pessoais do próprio utente, que determina a colaboração com os profissionais de saúde, o cumprimento do plano de recuperação, ou a força de vontade para mudar comportamentos de risco, como se pode observar nas seguintes unidades de registo:

*“(...) a minha consciência, a minha maneira de ser, a minha maneira de estar, porque reconheço que se eu dizia aos outros que teriam de mudar (...) eu não o fiz, mas devia-o ter feito antes, (...) e foi isso que me levou a querer mudar (...)” (E1)*

*“o meu espírito de alegria é que me leva a conseguir ultrapassar os problemas (...)” (E2)*

*“(...) havendo força de vontade por parte do doente nós podemos chegar a algum lado, nós temos de colaborar (...) e eu nesse aspeto sinto-me satisfeito (...)” (E2)*

*“(...) com a minha personalidade, eu encaro tudo (...) a nossa vida é feita de decisões (...) sou muito radical nas decisões (...) quando eu digo não fumo não fumo mesmo.” (E2)*

*“Foi a minha força de vontade de querer viver mais, quando a gente quer luta (...) tenta fazer tudo direitinho, e no dia-a-dia ir mudando (...) é mais importante que qualquer medicação (...)” (E3)*

*“(...) eu internamente arranjo os meus próprios apoios.” (E5)*

*“(...) fui eu própria sozinha (...) fez-se um aviozinho (...) eu própria (...) comecei a cortar muitas coisas (...)” (E8)*

## 4. Perceção da Intervenção de Enfermagem

Os discursos relativos à perceção da intervenção de Enfermagem foram organizados em torno de três categorias: intervenções valorizadas, competências dos profissionais e relação com a equipa multidisciplinar (tabela 5).

Categoria	Subcategoria	Total de Unidades de Registo
Intervenções Valorizadas	Vigilância contínua	11
	Informação proporcionada	11
	Apoio	6
Competência dos profissionais		7
Relação com a equipa multidisciplinar		8

**Tabela 5:** Perceção da Intervenção de Enfermagem: Categorias e Subcategorias

### Intervenções Valorizadas

Esta categoria refere-se às intervenções valorizadas pelos utentes, e que se situaram em três dimensões: **vigilância contínua, a informação proporcionada e o apoio.**

A **vigilância contínua**, foi referida por 8 participantes e foi expressa consoante os exemplos que se seguem:

*“[A equipa de enfermagem] (...) estavam sempre em cima do acontecimento em termos de sinais vitais, de visualização do cansaço, um dia aqui mandaram-me parar porque tinha muitas extrasístoles (...)” (E1)*

*“[as enfermeiras na enfermaria] (...) estavam sempre atentas aos monitores, vinham conversar comigo (...) saber se estava tudo a correr bem (...)” (E2)*

*“(...) normalmente só viam as tensões e em termos ativos não havia muito para fazer.” (E4)*

*“(...) entram 4 enfermeiros pela enfermaria dentro (...) com o carrinho de suporte de vida, (...) puseram-me aquelas placas, porque eu tive uma aritmia (...) e eles [os enfermeiros] estavam a ver no computador (...) eu não senti nada e, portanto (...) eles estavam atentos à situação a vigiar.” (E7)*

*“(...) as horas dos medicamentos, as horas das refeições, todo o trabalho que se tem que ter com o doente, tirar sangue, espetacular, sempre ali, tudo a horinhas.” (E7)*

*“(...) perguntavam se eu estava bem, avaliavam-me as tensões, e pesavam (...)” (E10)*

Observamos da análise das entrevistas, que a **informação proporcionada** pelos enfermeiros foi proferida pela maioria dos participantes (9), como uma intervenção valorizada, como se pode observar nas seguintes afirmações:

*“Era uma informação sobre a alimentação, a mudança dos hábitos, sobre o que continuar a fazer, o modo como devemos fazer os exercícios de aquecimento, de abaixamento (...)” (E1)*

*“(...) davam uns certos conselhos (...) sobre as bebidas sem gás, sem conservantes, alimentação sem sal (...)” (E2)*

*Aconselhavam-me em relação ao problema que me deu, o enfarte.” (E6)*

*“[diziam] que tinha que tomar os medicamentos diariamente, a alimentação, o beber (...) podia beber um ou dois copos por dia à refeição (...)” (E6)*

*“[Informação] dos cuidados, o fazer as caminhadas, fazer uma vida mais calma (...)” (E8)*

Parece-nos poder afirmar que a intervenção dos enfermeiros é percebida de forma muito positiva. É de referir que um dos entrevistados tece algumas considerações sobre a transmissão de informação pelos enfermeiros considerando que pode ser alvo de melhoria - *“Acho que devia ser dada mais informação do que aquela que é dada” (E9)* - sugerindo uma maior aposta no acolhimento individualizado aos pacientes - *“(...)pode-se sempre melhorar, pois a sensação de que qualquer doente tem quando entra num hospital é que passou a ser um número e não uma pessoa, pronto, passou a ser um número” (E9).*

Cinco dos entrevistados referem-se ao **apoio** proporcionado pela equipa de enfermagem nomeadamente o conforto, a disponibilidade e o apoio psicológico:

*“Davam-me o que me podiam dar [apoio], conforto em especial sempre que estavam lá, sempre disponíveis, sempre com atenção na gente, pronto acho que foi gente super espetacular!” (E3)*

*“(...) o apoio material (...) e o apoio psicológico.” (E5)*

*“(...) foram muito atenciosos não tenho razão de queixa.” (E10)*

### **Competência dos Profissionais**

De um modo geral, os participantes testemunham pela competência, profissionalismo, e simpatia dos profissionais de enfermagem e de toda a equipa multidisciplinar:

*“(...) o profissionalismo, os cuidados que têm com os doentes [a equipa multidisciplinar] (...) nós vemos a simpatia, a paciência com as pessoas (...)” (E2)*

*“(...) a nível de toda a gente, não só da enfermagem, serviço exemplar, pessoas espetaculares.” (E3)*

*“(...) o pessoal que me tocou a mim era muito simpático e esforçado e parecem-me competentes.” (E9)*

*“São pessoas habilitadas (...)” (E10)*

### **Relação com a Equipa Multidisciplinar**

A relação com a equipa multidisciplinar é outro aspeto valorizado pelos participantes quando se referem à perceção da intervenção de enfermagem. As referências identificadas reportam uma relação positiva, como se pode verificar nas seguintes unidades de registo:

*“ (...) Eu tenho tido uma boa relação com eles, a relação com a enfermagem e toda a equipa (...) ” (E1)*

*“Todas as pessoas que eu lidei, foram pessoas espetaculares.” (E3)*

Concluído este capítulo em que procurámos explorar e evidenciar todos os dados obtidos, no que se segue vamos proceder à discussão dos resultados, mantendo a estratégia adotada, ou seja, esta será feita de acordo com as áreas temáticas.





## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



Neste capítulo iremos proceder à discussão dos resultados obtidos de forma a compreender o processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM, na perspetiva do utente. Esta discussão tem por base o conhecimento produzido e os estudos realizados neste âmbito, assim como o nosso próprio olhar crítico em torno desta questão.

De forma a melhor estruturar este capítulo, manteremos a estratégia adotada no capítulo anterior, ou seja, a discussão dos resultados será orientada de acordo com as áreas temáticas.

### **Significado do Evento**

Da análise dos resultados percebemos que os utentes que participaram neste estudo não atribuem de forma homogénea o significado de EAM, mas descrevem uma variedade de experiências que foram vivenciadas. O evento EAM é um acontecimento que foi expresso com vários sentidos, envolvendo sintomas físicos, sentimentos vivenciados e consciencialização da doença. Tal como refere Santos e Araújo (2003), a experiência de EAM é vivenciada de forma individual, varia de pessoa para pessoa, em função do sexo, cultura, papel social, estado de saúde, ambiente e das expetativas de vida.

Relativamente aos **sintomas físicos**, é gerador de desconforto torácico/dor que representa o momento sintomático e é característico do aparecimento da doença. Para além de desconforto torácico podem surgir outros sintomas como vômito, astenia, mal-estar, suores, alterações da visão como verificamos no discurso dos entrevistados. Este aspeto é corroborado por Soares e Costa (2005) ao referir que as manifestações físicas da dor do EAM caracterizam-se por quase não ter causa desencadeante; quase sempre ocorre durante mais de 30 minutos, podendo prolongar-se por horas e ser muito intensa; contudo, por vezes, a dor é atípica, pouca intensa e, raramente, pode estar ausente; algumas vezes, podem predominar outros sintomas tais como náuseas, vômitos, arritmias (...).

A dor é um sintoma que acompanha a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde (DGS, 2003). A dor é um fenómeno biopsicossocial, que resulta da combinação de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e culturais (Silva, 2008). Nesta linha de pensamento, ressalta a importância de termos em consideração a subjetividade da dor nos

discursos dos utentes não podendo estar dissociado dos vários fatores mencionados anteriormente.

Da voz dos entrevistados emergiram também **sentimentos de preocupação/medo e choque**. A ocorrência de um EAM provoca medos, angústias e preocupações, que cada indivíduo exprime de acordo com a sua personalidade. Tal como refere Abreu (2015), quando ocorre um internamento, por EAM, o doente irá vivenciar, além dos sintomas físicos, um turbilhão de emoções, desde a sensação de perda de controlo e de referenciais, assim como, medo, isolamento, desespero e impotência perante a doença.

O momento em que o doente é confrontado com o seu diagnóstico de EAM rodeia-se de grande incerteza e todos os medos se agravam perante a iminência de um acontecimento que poderá alterar a sua vida. Neste sentido, considera-se muito importante, dentro das intervenções de enfermagem, criar um espaço para o diálogo, permitindo a escuta, com o objetivo de explorar as causas dos sentimentos vivenciados e demonstrar ao doente que as suas preocupações e medos serão considerados.

Neste âmbito, importa salientar o que está expresso no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica: assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença nomeadamente demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica (Decreto lei nº124/2011).

O medo, a apreensão e a insegurança, podem diminuir quando ocorre um diálogo compreensível por ambas as partes, tendo o doente oportunidade para expressar as suas necessidades e receber informações sobre o desconhecido. Desta forma, é possível aumentar a cooperação, a confiança e a segurança, favorecendo o bem-estar da pessoa. Consideramos então, que entre as intervenções de enfermagem mais importantes estão as orientações dadas ao doente, que juntamente com o calor humano, irão ajudá-lo a vencer o medo nesse momento difícil e incerto, proporcionando-lhe alívio e conforto (Freitas e Oliveira, 2006).

Neste sentido, é importante referir o estudo levado a cabo por Kohut et al. (2005), que demonstrou uma melhoria significativa quanto à qualidade de vida e sintomatologia depressiva em doentes referenciados para programas de reabilitação cardíaca pós EAM. Os doentes apresentam, ao fim do primeiro ano, um maior sentimento de energia e vitalidade, uma menor sensação de cansaço ou

esgotamento e uma melhor auto percepção quanto ao seu estado de saúde, perspectivas de futuro e resistência à doença.

A **consciencialização do âmbito da doença e dos comportamentos de risco** é importante para a adaptação à situação de doença. O nível de consciência reflete-se, muitas vezes, no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas esperadas e as percepções dos indivíduos que vivenciam transições semelhantes (Meleis [et al.], 2000).

Constatamos que ao vivenciarem inesperadamente um EAM, os participantes atribuem a ocorrência da doença a determinados comportamentos de risco. Neste sentido, Hatchett & Thompson (2006), referem que os doentes possuem diferentes experiências e estas variam na forma como descrevem os sintomas e a dor, atribuindo muitas causas ao evento. Os mesmos autores referem ainda que, perguntar ao doente o que pensa que lhe causou a doença, é uma forma útil de começar a explorar a importância da situação para a pessoa.

A consciencialização traduz-se pela percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição por parte de quem a está a viver. Neste caso, a pessoa com EAM terá que estar consciente da necessidade de assumir este novo papel e das mudanças que lhe são inerentes, para que a transição seja ultrapassada de forma saudável.

Também à semelhança do nosso estudo, Mussi (2004) num estudo sobre o EAM e a rutura com o quotidiano concluíram que a pessoa com EAM vivencia sofrimento tanto pelos sintomas, como pelo medo da morte, pela finitude do corpo. Além disto, a pessoa com EAM age com base em seus próprios conhecimentos e o sucesso do atendimento não é de responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, mas depende também do grau de consciencialização do próprio.

Perante estes factos, torna-se evidente que o modo como o EAM é sentido pela pessoa, em conjugação com a necessidade de verbalização das preocupações, são aspetos que devem estar presentes na preparação de uma transição saudável. Compete ao enfermeiro identificar os receios da pessoa, desmistificando-os e propondo alternativas que facilitem o autocuidado (Cainé, 2004).

O estudo de Santos e Araújo (2003), revelou que se torna mais fácil cuidar quando aceitamos a pluralidade dos conceitos entre os utentes. Surgindo daí, a necessidade de qualificação e comprometimento dos enfermeiros em todas as esferas do assistir, tanto nas ações do cuidado intensivo como no campo educacional. É evidente a

necessidade do cuidar sob uma visão holística, levando-se em consideração as crenças, valores, educação, situação econômica e familiar.

Perceber o significado de EAM na perspectiva do utente possibilita verificar o âmbito de atuação da enfermagem, para posterior atendimento das necessidades do utente, e sua melhor adaptação às diferentes circunstâncias da vida (Santos e Araújo, 2003)

### **Implicações do EAM**

Ao longo da vida da pessoa ocorrem ações intencionais com resultados favoráveis e por outro lado, ocorrem acontecimentos inesperados com resultados desfavoráveis. Um evento cardíaco é um acontecimento, na maioria das vezes, inesperado e adverso, com repercussões na vida da pessoa assim como, no seu projeto individual de vida. De acordo com Abreu (2015) o pensamento oscila entre o imperativo do tratamento e a urgente alteração do estilo de vida.

O EAM é um acontecimento que surge abruptamente e que confronta a pessoa com uma situação de crise, sendo que os participantes neste estudo demonstraram conforto e consciencialização da necessidade de mudança na sua vida. Referem que um evento cardíaco implica uma série de **modificações a nível dos estilos de vida, a nível económico e profissional** o que pressupõe o desenvolvimento de novas competências traduzidas num processo complexo de adaptação às exigências da doença e fomenta consequências que se devem considerar na promoção da qualidade de vida.

De acordo com Pires (2009) um estilo de vida pode ser definido como um conjunto mais ou menos integrado de práticas que um indivíduo adota. O estilo de vida é determinado, por um lado, por circunstâncias externas e por outro, pelas decisões individuais baseadas em princípios determinados, conscientes ou inconscientes, de acordo com o critério de vida escolhido.

**A nível dos estilos de vida**, podemos verificar através do discurso dos participantes que o seu comportamento coincide com as recomendações dos profissionais de saúde, com um envolvimento ativo e voluntário, relativamente a comportamentos que produzam resultados terapêuticos, nomeadamente a realização de exercício físico, adesão a terapêutica medicamentosa, cessação tabágica, alteração hábitos alimentares.

Perante a circunstância de doença, nomeadamente um EAM, e o início de um processo de reabilitação é necessário que cada pessoa interiorize a necessidade de

certas mudanças sobretudo a nível dos hábitos e estilo de vida e nos, padrões alimentares, entre outras (Dantas, Stuchi & Rossi, 2002).

Relativamente à mudança dos hábitos alimentares, na perspetiva de Perdigão (2006), as estratégias de intervenção devem incidir na modificação dos comportamentos, designadamente privilegiar o consumo de legumes, fruta, leguminosas, peixe e gorduras insaturadas em detrimento das saturadas. No nosso estudo, podemos constatar que a totalidade dos participantes refere alteração de hábitos alimentares.

Perante o exposto, no contexto de reestruturação dos hábitos de vida, é de referir que ficou evidente que os participantes do estudo modificaram os seus hábitos de vida, como é o caso da cessação tabágica, adesão a terapêutica medicamentosa, realização de exercício físico. Os participantes vítimas de EAM têm conhecimento da necessidade de alterar hábitos após a ocorrência da doença. Perante a mesma, a pessoa perspetiva estratégias para se adaptar à doença.

Os participantes do estudo após sofrerem EAM têm consciência de que é necessária a mudança de hábitos e a criação de uma nova postura perante a vida. A corroborar esta ideia Scherer [et al.] (2011), referem que viver saudável consiste num processo único, cuja construção ocorre a partir dos significados que cada pessoa atribui ao seu processo de saúde e doença. O facto de vivenciar um EAM, requer da pessoa mudanças na vida, que incluem hábitos diários e nova postura e olhar perante a vida.

O estudo de Oliveira e Pires (2012), corrobora o nosso estudo na medida em que, após um EAM, a maioria das pessoas reestruturou a vida. Foi necessário aprender novos hábitos de vida, além de conviver com restrições no quotidiano, tanto no âmbito orgânico e pessoal quanto no sociocultural e coletivo.

A importância social e emocional do trabalho tem impacto em aspetos como a autoimagem, papel familiar e identidade social, entre outras, assim uma das principais preocupações da pessoa com EAM relaciona-se com as implicações no trabalho (Gouveia, 2004). No entanto, podemos constatar neste estudo que **as implicações a nível profissional** atingem apenas dois dos participantes, sendo referido a necessidade de abrandar a carga de trabalho, pelo menos temporariamente. Este facto compreende-se na medida em que, como verificamos na caracterização sociodemográfica, a quase totalidade dos participantes encontra-se reformado.

O estudo de Song [et al.] (2006) revelou que um estatuto socioeconómico desfavorável aumenta o risco de mortalidade por doença cardiovascular e que o

número de casos fatais entre homens com elevado estatuto socioeconómico era significativamente reduzido após a admissão hospitalar. Para os autores estes números expõem um problema: a iniquidade no uso dos serviços de saúde contribuiu, parcialmente, para as desigualdades na mortalidade cardiovascular.

No mesmo âmbito Alter [et al.] (2006), no seu estudo concluíram que os rendimentos económicos estavam inversamente relacionados com a taxa de mortalidade dois anos após EAM, apesar de esta associação ser mediada pela idade, eventos cardíacos no passado e os fatores de risco cardiovascular. No entanto, o estudo evidenciou que as diferenças encontradas na mortalidade cardiovascular, entre os mais ricos e mais pobres, podem ser diminuídas através de uma gestão mais eficaz dos fatores de risco cardiovascular em pessoas com rendimentos económicos mais baixos.

No entanto, podemos referir que no nosso estudo apesar da referência a implicações **a nível económico** não surge a problemática de não adesão ao regime terapêutico e da acessibilidade aos cuidados de saúde.

A ocorrência de um EAM é um dos acontecimentos humanos mais aflitivos, implica uma série de modificações psicossociais e comportamentais traduzidas num processo complexo de adaptação às exigências da doença (Gouveia, 2004). Neste contexto, o papel da enfermagem abrange aspetos que contemplem as reais necessidades da pessoa, a partir de um diálogo aberto e franco que favoreça uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa após um EAM, desenvolvendo estratégias que visem garantir a adesão ao tratamento, a correção dos fatores de risco e uma adaptação à própria doença.

### **Fatores Facilitadores do Processo de Transição Saúde/Doença**

A análise dos dados permitiu-nos identificar um conjunto de fatores facilitadores do processo de transição saúde/doença para a pessoa com EAM, nomeadamente o envolvimento da equipa multidisciplinar, o apoio da família, o programa de reabilitação cardiovascular e as características do próprio.

O **envolvimento da equipa multidisciplinar e o suporte familiar** é encarado como um fator facilitador nomeadamente na prevenção e gestão da doença cardíaca. Podemos afirmar que a própria doença, **as caraterísticas pessoais** e os recursos que o indivíduo tem permitem que este se adapte à situação de adversidade.



Neste sentido, Ferreira (2011) revela no seu estudo, relativamente à importância da família, que houve muitas referências por parte dos doentes no que diz respeito à importância desta no âmbito do apoio sociopsicológico. No mesmo contexto, também os enfermeiros salientam a importância da família, no âmbito do apoio técnico, acompanhamento na medicação, envolvimento e continuidade dos cuidados. Refere o mesmo autor que a família é um pilar fundamental para a pessoa com doença cardiocirculatória.

O estudo de Scherer [et al.] (2011) em relação aos fatores de risco que podem ser modificados e que estão presentes nos indivíduos que sofreram EAM refere que o profissional de enfermagem deve estar ciente que existe interferência de características individuais e que estas necessitam ser respeitadas e compreendidas.

O **programa de reabilitação cardiovascular** foi referido pelos participantes do estudo como um fator facilitador do processo de transição saúde/doença. Tal como refere Magalhães (2008), nos programas de reabilitação cardiovascular é de todo o interesse o maior envolvimento possível do doente e da família, sendo legítimo exigir a participação do indivíduo em todo o processo da reabilitação. A corroborar o referido anteriormente, num estudo sobre os efeitos de um programa de reabilitação cardiovascular nos principais fatores de risco cardiovasculares, concluiu-se que o programa de reabilitação cardíaca na maioria dos casos teve um impacto positivo na alteração dos principais fatores de risco cardiovasculares relacionados com estilos de vida (hábitos alimentares, hábitos de exercício e hábitos tabágicos), e que estes foram estatisticamente significativos (ibidem, 2008).

A pessoa que sofre um EAM transporta inevitavelmente consigo perturbações físicas, psicológicas e sociais às quais, em situação aguda, se associam sentimentos de angústia, stress, medo, pânico. É muito importante conseguir identificar os fatores facilitadores/dificultadores desta transição, pois estes influenciam a qualidade desta experiência e interferem nos resultados esperados.

Os fatores facilitadores identificados no nosso estudo vão de encontro ao que refere Meleis [et al.], (2000), quando refere que estes podem ser pessoais, relacionados com a comunidade (suporte familiar, informação) e relacionados com a sociedade (estigmas e estereótipos). Neste sentido, o conhecimento e a compreensão dos fatores que interferem com o processo de transição saúde/doença permite o desenvolvimento de um conjunto de intervenções de enfermagem que serão congruentes com as experiências únicas dos utentes e seus familiares, tendo em vista a promoção de respostas saudáveis à transição. Permite também uma maior

capacidade de proporcionar as condições mais favoráveis para que as pessoas possam integrar as propostas terapêuticas propostas.

### **Percepção da Intervenção de Enfermagem**

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue prevenindo a doença e promovendo a adaptação funcional aos défices, frequentemente através de processos de aprendizagem da pessoa (OE, 2001).

A utilização da teoria das transições da Meleis possibilita aos enfermeiros intervir de modo antecipatório, preparando a mudança e minimizando as dificuldades através do empoderamento, capacitando as pessoas a criarem mecanismos de adaptação que possam diminuir as respostas negativas, favorecendo a sua vivência e facilitando a sua adaptação à nova situação de saúde.

Empoderamento é um processo que consiste em aceder aos recursos por parte de um indivíduo e desenvolver as suas capacidades pessoais no sentido da participação ativa na construção da própria vida e da sua comunidade, em termos económicos, sociais e políticos. Relaciona-se com poder (ter opiniões, autonomia, capacidade de afirmação, assertividade, autoestima e autoconfiança, responsabilidade e capacidade de decisão e de escolha, ser capaz de tomar iniciativas e agir coletivamente, influenciar a mudança social) e assim com mudança nas relações de força dos membros de um grupo ou de uma sociedade (Pereira, 2010).

No contexto deste estudo a pessoa com EAM adota a posição de participante ativo, agente dinâmico na interação com a equipa multidisciplinar, é envolvido na tomada de decisão, ajustando-se e adaptando-se à nova situação, numa perspetiva de obtenção de ganhos em saúde.

Para as pessoas com EAM que participaram neste estudo, relativamente à percepção da intervenção de enfermagem, valorizam a **vigilância contínua**, a **informação e apoio**, assim como a **competência dos profissionais** e a **relação com a equipa multidisciplinar**.

Quando ocorre um EAM a pessoa é invadida por um ambiente tecnocrata com recurso a tratamentos invasivos. Desta forma, um evento isquémico, transporta inevitavelmente consigo perturbações físicas, psicológicas e sociais às quais se associa angústia, stress, preocupação, medo e insegurança. Assim, o enfermeiro deve ter um olhar diferenciado, antecipar e prevenir complicações (Carvalho e Maia,

2013). Neste sentido, é de referir que a maioria dos participantes do nosso estudo também valorizam a vigilância contínua da equipa de enfermagem.

O **suporte de informação** refere-se ao fornecimento de informações, conselhos ou orientações dados por alguém, de preferência peritos na matéria, que ajudem o indivíduo a adquirir conhecimentos e competências para lidar melhor com a sua situação (Correia, 2007). No mesmo contexto, Melo (2005) alude que a transmissão de informação aos doentes origina um aumento da sua satisfação, diminuindo o nível de perturbação emocional, nomeadamente da ansiedade.

Parece-nos assim poder afirmar que a intervenção dos enfermeiros é percecionada de forma muito positiva, embora um participante se reporte à necessidade desta ser melhorada e de que algo mais pode ser feito.

Assim, os relatos do nosso estudo parecem ir de encontro à opinião de Gomes (2009), que refere que a informação deve ser real, clara e precisa para evitar que o doente fique com dúvidas ou faça uma interpretação errada dos acontecimentos. Também é essencial adaptar a linguagem aos conhecimentos do doente, ao seu grau de escolaridade, à sua cultura e idade. Outro aspeto a ter em atenção é o planeamento do momento ideal de conceder as orientações e a forma de transmitir as informações ao doente e família.

Importa salientar que no processo de transmissão de informação o enfermeiro deve ter presente o Código Deontológico do Enfermeiro no seu artigo 84º, que referindo-se à informação no âmbito dos cuidados de enfermagem, refere que esta é uma obrigação profissional ligada a critérios de responsabilidade e qualidade dos cuidados.

Assim, perante a pessoa com EAM e considerando que este constitui a manifestação mais grave da doença coronária, provocando alterações na qualidade de vida da pessoa, é primordial adequar os cuidados de enfermagem às necessidades destes utentes, assumindo uma postura de apoio e disponibilidade perante o processo de doença súbita, com o intuito da promoção e preservação da saúde.

Faz-nos sentido explicitar o termo “apoiar” para percebermos a sua importância no processo de transição saúde/doença na perspetiva do doente. Assim apoiar é, segundo a CIPE versão 1.0 (2005, p.131) a *“Ação de Assistir com as características específicas: Ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem-sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar.”* Refere-se aos contributos proporcionados pelos enfermeiros à pessoa com EAM e que têm como função apoiar a mesma. Os entrevistados referem-se ao

**apoio** proporcionado pela equipa de enfermagem nomeadamente o conforto, o apoio psicológico, a disponibilidade dos enfermeiros para acolher e valorizar as preocupações dos doentes.

O suporte emocional envolve o apoio disponibilizado por pessoas que se preocupam em escutar, dar confiança, amor, simpatia, e ajudar na mobilização dos recursos a nível psicológico (Correia, 2007). Tal como refere Lopes (2011), transmitir segurança emocional, atenção e apoio, é função da equipa multidisciplinar, que com isso estará proporcionando meios para desenvolver mecanismos de adaptação positiva para o seu bem-estar.

Neste sentido, importa referir que as situações de conforto e de qualidade de vida precisam ser questionadas frequentemente, estimulando a propensão destas no contexto familiar, psicológico e comportamental dos utentes que sofreram um EAM. O desempenho dos enfermeiros deve ser apoiado no cenário da ação educativa, desencadeando realmente a promoção da qualidade de vida, com intuito de romper com qualquer incidência de desconforto. Neste contexto, cabe salientar que ao pensar numa proposta educativa, é preciso lembrar que o controle dos fatores de risco depende tanto do treino quanto da consciencialização e participação ativa do indivíduo na mudança para um estilo de vida mais saudável (Mussi, 2004).

Assim, a educação para a saúde é um recurso para o qual os enfermeiros estão capacitados a dinamizar e que permite à pessoa, enquanto agente intencional de comportamentos, baseados nos valores, crenças e desejos individuais, construir o seu projeto de saúde e tomar opções quanto à sua saúde de forma esclarecida.

No nosso estudo, com os utentes com EAM sobressai claramente a intervenção do enfermeiro ao nível da educação para a Saúde. A corroborar esta ideia Hoeman (2011) defende que a educação é a função chave num programa de reabilitação cardíaca e um fator crucial nos resultados a longo prazo do utente. O doente e família necessitam de informação e conhecimento para tomarem decisões eficazes e realizar escolhas assertivas sobre o seu estilo de vida e comportamentos futuros. Stead (2009) refere também que um dos elementos chave na prevenção secundária de doenças cardíacas é a promoção e educação para a saúde. De acordo com esta autora, os enfermeiros estão bem posicionados para promover a saúde e melhorar os conhecimentos dos doentes e suas famílias, uma vez que podem capacitá-los, pelo conhecimento científico, técnico e relacional que possuem, para tomar o controlo da sua doença e da sua vida, modificando o seu estilo de vida.

Parece-nos assim possível afirmar que os participantes no estudo se pronunciaram favoravelmente relativamente à perceção da intervenção de enfermagem. Para além do supracitado os aspetos mais notórios relacionam-se com o **reconhecimento de competências** de que o enfermeiro dispõe, que facilitam a preparação e a capacitação dos doentes para a autonomia na gestão do regime terapêutico, assim como a **relação com a equipa multidisciplinar**.

Nesta lógica de pensamento, Höglund [et al.] (2010), num estudo sobre a participação do utente no processo de cuidados durante a hospitalização por EAM, concluíram que devemos alcançar a participação do utente em todas as suas fases de atendimento. Os utentes precisam de estar cientes do seu direito a participar, pois a sua participação é determinante na sua recuperação e motivação para mudanças de estilo de vida e prevenção secundária da doença.

Relativamente ao **reconhecimento de competências** que os enfermeiros possuem, vários estudos têm demonstrado que estes profissionais são mais eficazes do que médicos em áreas relacionadas com a adesão dos doentes às recomendações de tratamento (Horrocks [et al.], 2002); que os cuidados transacionais proporcionados por profissionais de enfermagem melhoraram taxas e readmissão em pacientes cardíacos (Naylor [et al.], 2004); que a prevenção secundária dirigida por profissionais de enfermagem mostrou melhorias da adesão às estratégias quando comparada com o tratamento usual (Murchie [et al.], 2003); e por fim, que a prevenção secundária dirigida por profissionais de enfermagem em doentes com EAM mostrou-se mais eficaz do que o tratamento usual em indicadores como cessação tabágica, pressão arterial, diabetes, e nível atividade física (Harbman, 2014).

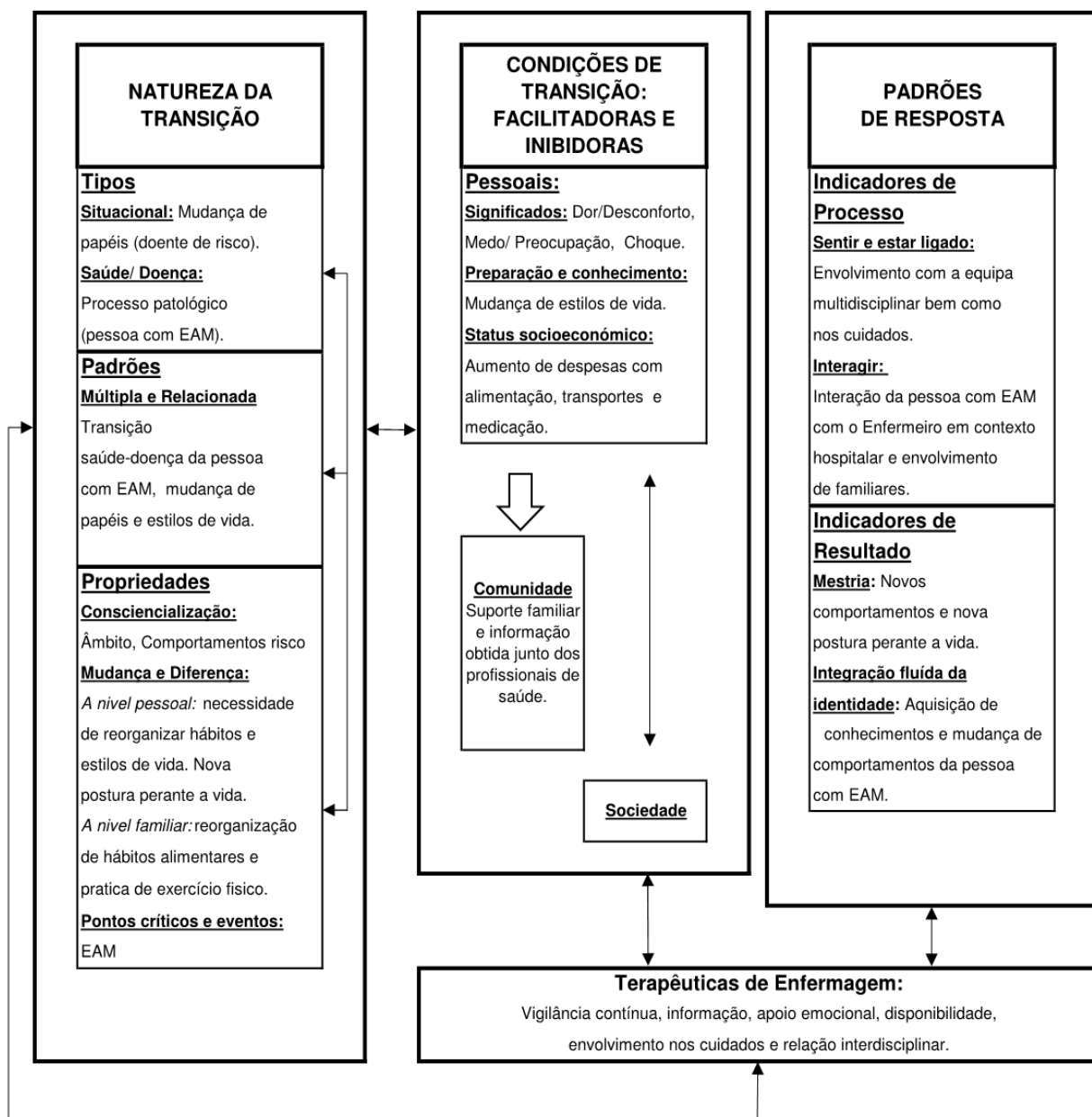
As **relações com a equipa multidisciplinar** são de grande importância para os participantes do nosso estudo, em todo o seu processo de doença e reabilitação. Pereira (2000) demonstra-nos a importância das relações positivas com o pessoal de saúde ao mencionar que, no percurso de vivência e gestão do EAM, o doente terá de ser ajudado por profissionais de saúde que promovam a relação empática, a verbalização e a escuta do doente, e os doentes do nosso estudo relatam essa importância. A mesma autora considera ainda que a equipa de saúde deve procurar dispor de conhecimentos e de tempo para ajudar o doente a viver e a gerir a sua enfermidade.

Neste âmbito, é competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação

terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Decreto lei nº124/2011).

Nesta linha de pensamento, é fundamental desenvolver cuidados de enfermagem especializados à pessoa com EAM, baseado num vasto número de evidências que apoiam as nossas intervenções, com o objetivo de satisfazer as necessidades da pessoa, reduzir o sofrimento e tornar mais rápida a recuperação.

Dos resultados obtidos, da sua análise e discussão é possível retirar perspetivas significativas, favorecedoras da compreensão da realidade do processo de transição saúde-doença da pessoa com EAM e dos contributos das intervenções do enfermeiro. Na figura que se segue (Figura 3, página seguinte), procuramos traduzir os aspetos mais evidentes desse processo, utilizando a representação esquemática da teoria das transições de Meleis e seus domínios, (baseado na teoria de médio alcance das transições de Meleis. [et al.], 2010, p.56).



**Figura 3.** O Processo de transição saúde-doença da pessoa com EAM- Resultados em síntese





## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES**



Neste capítulo vamos proceder à apresentação das principais conclusões deste estudo decorrente dos resultados obtidos e que traduzem a percepção dos participantes sobre o processo de transição saúde/doença e intervenção de enfermagem.

O número de pessoas vítimas de EAM constitui uma realidade preocupante para os profissionais de saúde em geral e para os enfermeiros em particular. O desenvolvimento deste estudo firma não só a relevância de que se reveste este problema para o indivíduo e sociedade, mas também por ser uma patologia que se mantém como principal causa de morte na população portuguesa.

Aprofundar e discutir os aspetos inerentes ao processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM é fundamental para aumentar a qualidade dos cuidados prestados nesta fase de transição de forma a ultrapassar o fosso entre o que se faz e o que se preconiza.

Foi neste contexto que consideramos pertinente a realização deste estudo que se sustentou num paradigma qualitativo e numa abordagem exploratória e descritiva, permitindo-nos compreender o processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM e descrever a percepção da intervenção de enfermagem, e obter contributos para a expansão da produção de conhecimento científico nesta área.

Entrevistamos dez indivíduos com EAM, primeiro evento cardíaco, e realizámos análise de conteúdo dos dados colhidos. Essa fase demonstrou-se difícil, no entanto tornou-se muito gratificante e consideramos ter conseguido atingir os objetivos definidos e obter conclusões expressivas dos discursos dos participantes.

O significado do evento é de acordo com a pessoa que o experienciou, um acontecimento que envolve sintomas físicos, sentimentos e consciencialização da doença. A ocorrência do EAM é vivida pelos participantes como uma situação de choque, trazendo preocupações e medos em relação à sua condição de saúde. A gestão destes significados e sentimentos resulta num crescimento da pessoa com EAM, na alteração dos estilos de vida e consciencialização da doença, em prol de uma transição saudável.

A situação de doença é um momento de transição e, só compreendendo como esta se processa e as suas implicações para o indivíduo é que se poderão prestar cuidados de Enfermagem adequados às necessidades da pessoa com EAM. Assim, os participantes do estudo ao interiorizarem o que sucedeu e os riscos de saúde, criaram estratégias de adaptação à doença, alteraram rotinas e práticas habituais.

O envolvimento da equipa multidisciplinar, o apoio da família, os programas de reabilitação cardiovascular e as características pessoais, são fatores facilitadores em todo o processo de transição.

É fundamental devolver aos utentes a decisão sobre os cuidados que se pretendem, neste caso, à pessoa com EAM. Deve-se dar importância à percepção que estes têm sobre o acontecimento EAM e considerar a percepção da intervenção de enfermagem para a solução dos seus problemas e necessidades.

Especificamente em relação à intervenção da equipa de enfermagem, os dados deste estudo permitem concluir que os doentes com EAM inquiridos valorizam sobretudo a vigilância contínua, a informação proporcionada, e o apoio como estratégias de intervenção. A ansiedade, que corresponde às respostas fisiológicas e psicológicas do indivíduo face à percepção de uma ameaça, é a reação emocional mais frequente face ao diagnóstico de EAM. A ansiedade, e os sentimentos de apreensão, preocupação e insegurança que normalmente a acompanham, quando não detectados ou mal geridos, têm um impacto negativo no prognóstico da doença e recuperação do indivíduo. Esta ansiedade está particularmente relacionada com os sinais e sintomas clínicos, incerteza do prognóstico, como com as alterações de estilo de vida após a alta hospitalar. Neste sentido, é determinante que o profissional de enfermagem utilize estratégias eficazes para ajudar os doentes a lidar com a ansiedade e sintomas associados. Neste contexto, estratégias como a vigilância contínua dos sinais vitais, prestação de informação clara e pertinente, e apoio verbal e não-verbal, foram valorizadas pelos doentes inquiridos no nosso estudo, o que vai também ao encontro dos resultados que têm sido encontrados na literatura em relação às estratégias de gestão da ansiedade nestes doentes.

Para além destas estratégias de intervenção, os doentes inquiridos realçaram ainda a percepção da competência dos profissionais de enfermagem nas funções desempenhadas, bem como o estabelecimento de uma boa relação com a equipa multidisciplinar. De facto, é importante que o profissional de enfermagem disponha de um conjunto alargado de competências de forma a corresponder à complexidade biopsicossocial de um diagnóstico de EAM. Por fim, é da responsabilidade não apenas da equipa de enfermagem, mas de toda a equipa multidisciplinar proporcionar ao doente um ambiente seguro pautado por relações positivas e empáticas e ausência de conflitos.

Os enfermeiros constituem um recurso significativo para o processo de transição da pessoa com EAM. O benefício das suas intervenções passa pelo empoderamento,

pela capacitação, promovendo a motivação e a dotação de conhecimentos, no sentido da mestria da pessoa com EAM, conduzindo a um ajustamento, uma adaptação eficaz, uma integração fluída da “nova identidade” e deste modo a uma transição bem resolvida.

Estamos convictos que ao dar oportunidade de falar sobre esse acontecimento proporcionámos uma oportunidade de se sentirem ouvidos e de expressarem o modo como vivenciaram todo o processo. Da mesma forma, possibilitámos o reforço sobre o conhecimento desta realidade para que seja possível ao enfermeiro ir de encontro a este cliente de cuidados e ajudá-lo no sentido deste se restabelecer.

Todo o percurso inerente ao desenvolvimento deste trabalho de investigação e o conjunto de conclusões acima proferidas permitiram-nos delinear algumas implicações futuras para a prática clínica da enfermagem médico-cirúrgica, para a formação pessoal/pares e para a investigação em enfermagem.

A nível da formação contínua, é importante que os enfermeiros obtenham mais conhecimentos sobre as necessidades dos doentes coronários, atendendo à emergente realidade das doenças cardiovasculares.

Para além disso, os enfermeiros devem ter acesso a informação e a formação sobre a multidimensionalidade do diagnóstico de EAM e de estratégias que permitam actuar sobre essas diferentes vertentes (físicas, psicológicas, sociais).

É importante que os enfermeiros tenham acesso a informação sobre terapêuticas baseadas no modelo de transições de Meleis, de forma a que possam mais facilmente identificar padrões, propriedades, respostas, contextos, significados e resultados associados às transições dos doentes, com o objetivo de planear e implementar cuidados de enfermagem mais eficazes, holísticos, e centrados na pessoa. No seguimento do ponto anterior, é importante que o enfermeiro compreenda as propriedades e as condições inerentes ao processo de transição pois tal leva ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que são congruentes com as experiências únicas dos doentes e das suas famílias, e, portanto, promotoras de respostas de transição saudáveis.

Inevitavelmente a produção de conhecimento nesta área conduzirá a implicações a nível da prática, pois deve ser preocupação dos enfermeiros a construção de novos modelos de atuação, mais centrados na capacitação da pessoa para a autogestão do seu processo de doença e na capacitação para a gestão do regime terapêutico, que permitam a criação de novas estratégias para a promoção da autonomia.

Na formação a nível dos pares, os resultados devem ser divulgados através da apresentação dos mesmos no contexto onde o estudo foi realizado, e ainda na participação em eventos de cariz científico.

Os resultados deste estudo devem ser replicados de forma a confirmar e consolidar os conhecimentos adquiridos. A replicação destes resultados pode levar a alterações nas intervenções de enfermagem no sentido de uma maior convergência com as abordagens terapêuticas que são valorizadas pelos doentes.

Por fim, abordamos as limitações à realização deste trabalho de investigação. O fator tempo foi de facto o grande limitador, pois a sua realização cruzou-se com disponibilidades limitadas, que obrigou a conciliar as atividades profissionais com as académicas. Também verificamos algumas limitações relativamente à nossa inexperiência como investigador no desenvolvimento e aplicação prática da metodologia.

Apesar das limitações e dificuldades com que nos deparamos, este trabalho foi um momento de aprendizagem por excelência e de crescimento, não só como profissional, mas também como pessoa. No entanto, dada a grande motivação pelo tema e necessidade de aprofundamento da problemática do doente com EAM, consideramos que este trabalho é uma mais-valia para o corpo de conhecimento em Enfermagem em geral, e na especificidade da intervenção dos cuidados de enfermagem à pessoa com EAM.

Resta-nos a certeza que abrimos aqui caminho para novos desenvolvimentos na área e que a eles estaremos atentos pois é uma área que nos apaixonou e que pretendemos ver crescer, sempre em prol dos utentes e na mais-valia para a qualidade de cuidados. Além disto, fica o reconhecimento de que ainda há um longo caminho a percorrer no que diz respeito aos doentes coronários e às suas necessidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Manuela - Aspectos Psicopatológicos do doente cardíaco: como melhorá-los. *Revista Factores de Risco*. [Em linha]. 35 (2015) 52-54 [Consultado 01 Junho 2016]. Disponível em www: <http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/567.pdf>.

AEHLERT, Barbara – *ACLS, Advance Cardiac Life Support, Emergências em Cardiologia: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, Um Guia para Estudo*. Tradução da 3ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Jems, 2007. p. 59. ISBN: 978-85-352-2295-1.

ALTER, David [et al.] - Socioeconomic status and mortality after acute myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*. ISSN 0003-4819. Vol.144, nº2 (2006), p.82-93.

ANDRÉ, Carlos M. (2005) - *Qualidade de vida e Doença coronária*. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-50-6.

BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 978-972-44-1154-5.

BELKIC, Karen L. [et al.] - Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work Environment Health*. ISSN 03553140. Vol.30, nº2 (2004), p. 85–128.

BJARNASON-WEHRENS, B. [et al.] - Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *European Journal of Preventive Cardiology*. ISSN 1741-8275. Vol.17, nº4 (2010) p.410-418.

BRIDGES, William - *Transitions*. Reading, MA: Addison-Wesley.1980. ISBN 0201000822 9780201000825 0201000814 9780201000818.

BRIDGES, William - Managing organizational transitions. *Organizational Dynamics*. [Em linha]. 15:1 (1986) 24-33. [Consultado 03 Março 2017]. Disponível na www:<URL: <http://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.00090261686900239/first-page-pdf>

BRINK, Eva, KARLSON, B. W., HALLBERG, L. R.-M. - Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing womens's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, Health & Medicine*. [Em linha]. 7:1 (2002) 1-13. [Consultado 10 Fevereiro 2017]. Disponível na www:<URL: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548500120101522>

BROWN, N. [et al.] - Quality of life four years after acute myocardial infarction: Short form 36 scores compared with a normal population. *Heart*. [Em linha]. 81:4 (1999) 352-358. [Consultado 22 Janeiro 2017]. Disponível na www: < URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1728997/pdf/v081p00352.pdf>

BULLINGER, Monika - Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. *Restorative Neurology and Neuroscience*. ISSN 09226028. Vol.20, nº 3-4 (2002), p. 93-101.

CAINÉ, João M.P. - *A família como Unidade de Suporte em Pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio- Uma análise do seu envolvimento durante o processo de cuidados*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2004. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

CARNEY, Robert M. [et al.] - Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*. ISSN 00223999. Vol.53, nº4(2002) p. 897-902.

CARVALHO, Dayane; PAREJA, Débora; MAIA, Luiz - A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. *Revista Recientífica de Enfermagem*.ISSN 2358-3088. Vol.3,nº8 (2013),p.5-10.

CHICK, Norma, & Meleis, Alaf I. - Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology*. [Em linha]. Boulder, CO: Aspen Publication. (1986) 237-257. [Consultado 2 Março 2017]. Disponível na www:<URL: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>.

CHIDA, Yoichi, & STEPTOE, Andrew - The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*. ISSN 07351097. Vol.53, nº11 (2009), p.936-946.

CLARK, Alexander M. [et al.] - Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annual Internal Medicine*. ISSN 0003-4819. Vol.143, nº9 (2005) p. 659-672.

COMPARE, Angelo [et al.] - Social support, depression, and heart disease: a ten year literature review. *Frontiers in Psychology*. [Em linha]. 4:384 (2013) . [Consultado 20 Janeiro 2017]. Disponível na [www:<URL:http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2013.00384/full](http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2013.00384/full).



CONN, V. S., TAYLOR, S. G., & WIMAN, P. - Anxiety, depression, quality-of- life, and self-care among survivors of myocardial infarction. *Issues in Mental Health Nursing*. ISSN 01612840. Vol.12, nº4 (1991), p.321-331.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - CIPE. *Versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES- *Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas*. Lisboa, 2009. ISBN 978-989-96263-1-7.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES – *Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa: Ministério da saúde, 2007. 158 p.

CORREIA, Carla Susana L. – *Adesão e Gestão do Regime Terapêutico em Diabéticos Tipo 2 – o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*. Lisboa: Universidade Aberta,2007. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

CROWE, J. M. [et al.] - Anxiety and depression after acute myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*.ISSN 01479563. Vol.25, nº2 (1996), p.98-107.

DANTAS, Rasana; STUCHI, Rosemary; ROSSI, Lúcia – A Alta Hospitalar para Familiares de Pacientes com Doença Arterial Coronária. *Rev Esc Enferm USP*. [Em linha]. 36:4 (2002) 345-350. [Consultado em 12 Fevereiro de 2017]. Disponível em: em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4a07.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Circular Normativa. 14/06/2013.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Despacho n.º 16 415/2003 (2ª série). D.R. n.º 193. (2003) Aug 22.

DRIESSNACK, Martha; SOUSA, Valmi; MENDES, Isabel – Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part. 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Rev. Latino-am enfermagem*. [Em linha]. 15:4 (Julho-Agosto 2007). [Consultado 1 de Fevereiro 2017. Disponível na [www:>URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt\\_v15n4a25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a25.pdf).

DRISCOLL, Andrea - Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 0309-2402. Vol.31, nº5 (2000), p. 1165-1173.

DUARTE, Carla - *Reabilitação Cardiovascular*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina.

EUROPEAN HEART HEALTH CHARTER - *Carta Europeia para a Saúde do Coração*. 2007. Retirado de <http://www.heartcharter.org/download/Portuguese.pdf> em 08-03-2017.

FAILDE, Inmaculda [et al.] - Construct and criterion validity of the SF-12 Health Questionnaire in patients with acute myocardial infarction and unstable angina. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. ISSN 13561294. Vol.16, nº3 (2010), p.569-573.

FARO, Ana C. M. - Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [Em linha].40:1 (2006) 128-133. [Consultado 15 Fevereiro 2017]. Disponível na www: < URL: <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033285019.pdf>

FERREIRA, Paulo A. C.- *Enfermagem em Cardiologia: Contributos sócio psicológicos e profissionais para a melhoria dos cuidados*. Badajoz: Universidad de Extremadura Departamento de Psicología y Antropología, 2011. Tesis Doctoral.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de, ed. lit.; STIPP, Marluci Andrade Conceição, ed. lit.; LEITE, Josete Luzia, ed. lit. - *Cardiopatas: avaliação e intervenção em enfermagem*. 2ª ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.330 p..ISBN 978-85-7728-116-9.

FORRESTER, A. W. [et al.] - Depression following myocardial infarction. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. ISSN 00912174. Vol.22, nº1 (1992), p.33-46.

FORTIN, Marie-Fabienne – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FRASURE-SMITH, N. [et al.] - Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*. ISSN 00097322. Vol.101, nº16 (2000), p.1919-1924.

FRASURE-SMITH, N. [et al.] - Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*. ISSN 00333174. Vol. 61, nº1 (1999), p. 26-37.

FRASURE - SMITH, N., LESPÉRANCE, F., & TALAJIC, M. - Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA*. ISSN 00987484. Vol.270, nº15 (1993), p.1819-1825.

FREITAS, Maria C.; OLIVEIRA, Mirna F. - Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Calista Roy. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha]. 59:5 (2006) 642-6. [Consultado 15 Janeiro 207]. Disponível na [www:<URL: http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a09.pdf).

GEHI, Anil [et al.] - Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Archives of Internal Medicine*. ISSN 00039926 . Vol.165, nº 21 (2005), p.2508-2513.

GOMES, Noélia C.R. P. - *O Doente Cirúrgico no Período Pré-Operatório: da Informação Recebida às necessidades Expressas*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas, 2009. Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

GOUVEIA, José L. – *Diferenças ao Nível do Género na Adaptação Psicossocial a Curto Prazo no Pós Enfarte Agudo do Miocárdio*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, 2004. Dissertação de Mestrado em Psicologia.

HALCOMB, Elizabeth [et al.] - Effectiveness of general practice nurse interventions in cardiac risk factor reduction among adults. *International Journal of EvidenceBased Healthcare*. ISSN 174415955. Vol.5, nº3 (2007), p. 269-295.

HANSEN, Tove A. [et al.] - Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow up study with repeated measures and comparison with a reference population. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. ISSN 17418267. Vol.16, nº6 (2009), p.651-659.

HARBMAN, Patricia - The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*. ISSN 00207489. Vol.51, nº12 (2014), p.1542-1556.

HAUGH, Kathy H.; KEELING, Arlene- Intervenções em pessoas com doença das artérias coronárias e disritmias. In: PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith. K.;

MAREK, Jane F. – *Enfermagem medico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7. p. 719-730.

HAWKES, Anna L. [et al.] - Predictors of physical and mental health-related quality of life outcomes among myocardial infarction patients. *BMC Cardiovascular Disorders*. ISSN 1471-2261. Vol.13, nº69 (2013), p.1-9.

HOEMAN, Shirley P. - *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed., Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN: 978-989-8075-31-4.

HÖFER, Stefan [et al.] - Determinants of health-related quality of life in coronary artery disease patients: A prospective study generating a structural equation model. *Psychosomatics*. [Em linha]. 46:3 (2005) 212-223. [Consultado 2 Fevereiro 2017]. Disponível na [www:](http://www.psychosomatics.com) <URL: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/4.%202005%20Struktural%20Equation%20H%C3%B6fer.pdf

HÖGLUND, Anna et al.- Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patient and personnel- "Scandinavian Journal of Caring Science". [Em linha]. Sweden, 24(2010) 482-489. [Consultado 01 Junho 2016]. Disponível em [www: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x/pdf).

HORROCKS, Sue, ANDERSON, Elizabeth, & SALISBURY, Chris - Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ: British Medical Journal*. ISSN 0959535X. Vol.324, nº7341 (2002), p.819-823.

KIVIMÄKI, Mika [et al.] - Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. ISSN 0099-5355. Vol.380, nº9852 (2012), p. 1491-1497.

KIVIMÄKI, Mika [et al.] - Associations of job strain and lifestyle risk factors with risk of coronary artery disease: a meta-analysis of individual participant data. *CMAJ*. ISSN 08203946. Vol.185, nº9 (2013), p.763-769.

KOHUT, Lee W. [et al.] - The exercise-induced enhancement of influenza immunity is mediated in part by improvements in psychosocial factors in older adults. *Brain, Behavior And Immunity*. ISSN 08891591. Vol.19, nº4 (2005), p.357-366.

KRALIK, Debbie - The quest for ordinariness: Transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 0309-2402. Vol.39, nº2 (2002), p.146-154.

KUPER, Hannah [et al.] - Evaluating the causal relevance of diverse risk markers: horizontal systematic review. *BMJ*. ISSN 0959535X. Vol.339, (2009), p.b4265.

KUPER, Hannah, MARMOT, Michael, & HEMINGWAY, Harry - Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine*. ISSN 15289648. Vol.2, nº3 (2002), p.267-314.

LADWIG, K. H. [et al.] - Affective disorders and survival after acute myocardial infarction: results from the Post-Infarction Late Potential Study. *European Heart Journal*. ISSN 0195668X. Vol.12, nº9 (1991), p.959-964.

LEIDL, Reiner [et al.] - Do physicians accept quality of life and utility measurement? An Austrian, Finnish, and German survey. *The European Journal of Health Economics*. ISSN 1618-7601. Vol.2, nº4 (2001), p.170-175.

LOPES, Maria F. – *A pessoa com enfarte agudo do miocárdio – impacto no masculino*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

MAGALHÃES, Sandra, [et al.] - Efeitos a longo prazo de um programa de reabilitação cardíaca no controlo dos fatores de risco cardiovasculares. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. ISSN 08702551. Vol.32, nº3 (2013), p.191-199.

MAGALHÃES, Sónia - *Avaliação do efeito dum Programa de Reabilitação Cardíaca nos Principais Factores de Risco Cardiovascular*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Dissertação de Mestrado.

MARQUES, Leitão – Resultados e limitações da angioplastia primária nos idosos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Lisboa. ISSN 0304-4750. Vol.24,nº2 (2005), p.217-220.

MAYOU, Richard A. [et al.] - Depression and anxiety as predictors of outcomes after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*. [Em linha]. 62:2 (2000) 212-219. [Consultado 3 Março 2017]. Disponível na www: <URL: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.516.8607&rep=rep1&type=pdf>.

MELEIS, Alaf I. [et al.] - Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*. ISSN 01619268. Vol.23, nº1 (2000), p. 12-28.

MELEIS, Alaf I. - *Theoretical Nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007. ISBN: 0-7817-3673-0.

MELEIS, Afaf Ibrahim – Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in *Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN: 9780826105356.

MELEIS, Afaf I., & Trangenstein, P. A. - Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission. *Nursing Outlook*. ISSN 00296554. Vol.42, nº6 (1994), p. 255-259.

MELO, Maria L. - *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Lisboa: Lusociência, 2005. 167p. ISBN 972-8383-86-X.

MOSER, Debra K. - The rust of life: impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*. ISSN 10623264. Vol.16, nº4 (2007), p.361-369.

MOSER, D. K. & DRACUP, K. - Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*. ISSN 00333174 . Vol.58, nº5 (1996), p. 395-401.

MUSSI, Fernanda C. – O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. *Rev Latino-am Enfermagem*. [Em linha] 2:5 (2004) 751-759. [Consultado 12 Fevereiro 2017]. Disponível na www: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a08.pdf>.

MURCHIE, Peter [et al.] - Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ*. ISSN 0959535X. Vol.326, nº 7380 (2003), p.84.

NAYLOR, Mary. D. [et al.] - Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. ISSN 0002-8614. Vol.52, nº5 (2004), p. 675-684.

NEWMAN, S. - Engaging patients in managing their cardiovascular health. *Heart*. ISSN 13556037 . Vol.9, nº3 (2004), p. 9-13.

NYBERG, Solja T. [et al.] - Job strain and cardiovascular disease risk factors: meta-analysis of individual-participant data from 47 000 men and women. *PLoS One*. [Em linha] 8:6 (2013) e67323. [Consultado 01 Fevereiro 2017]. Disponível na WWW:<URL: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0067323&type=printable>.

OLIVEIRA, Adriana D. ; PIRES Cláudia G.S. – Significando o Cuidado à Saúde: O Relato de Pessoas Acometidas pelo Infarto Agudo do Miocárdio. *Journal of Nursing – Revista de Enfermagem*. ISSN: 1981-8963. Vol.6, nº5 (2012), p.1110-1117.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. [Em linha]. Lisboa: 26 de Abril de 2006, 4p. [Consultado 06 Maio 2016]. Disponível em

[www:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Cardiovascular Diseases*. (2016). Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> em 07-03-2017.

PAGE, Tamara, LOCKWOOD, Craig, & CONROY-HILLER, Tiffany - Effectiveness of nurse-led cardiac clinics in adult patients with a diagnosis of coronary heart disease. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. ISSN 1744-1595. Vol.3,nº1 (2005), p. 2-26.

PETERSEN, Kjell. I., [et al.] - Understanding sex differences in health-related quality of life following myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*. [Em linha]. 130:3 (2008) 449-456. [Consultado 20 Fevereiro 2017]. Disponível na www: <URL: [http://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(07\)01934-1/abstract](http://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(07)01934-1/abstract).

PEREIRA, Filomena - *Significação das vivências do doente confrontado com o seu enfarte agudo do miocárdio*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2000. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

PEREIRA, Carina - *A vivência da morte de um familiar no serviço de urgência: contributos da enfermagem*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2010. Dissertação de Mestrado.

PERDIGÃO, Carlos [et al.] - Prevalência, caracterização e distribuição dos principais factores de risco cardiovascular em Portugal. Uma análise do Estudo AMÁLIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. ISSN 0870-2551. Vol.30, nº4 (2011), p. 393-432.

PERDIGÃO, Carlos - *Nutrição e prevenção cardiovascular. Fatores de Risco*. Lisboa. ISSN 1646-4834. Vol.3, nº1 (Out. - Dez. 2006), p. 6-9.

PIEPOLI, Massimo F. [et al.] - Secondary prevention through cardiac rehabilitation. 2008 Update. From knowledge to implementation. A Position Paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiac Rehabilitation and Prevention. *European Journal of Preventive Cardiology*. [Em linha]. 17:1 (2010) 1-17. [Consultado 10 Fevereiro 2010]. Disponível na [www:<URL: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cardiologia/secondary\\_prevention\\_through\\_cardiac.1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cardiologia/secondary_prevention_through_cardiac.1.pdf).

PIRES, Maria G. - *Factores de Risco da Doença Coronária e Qualidade de Vida*. Universidade Aberta Lisboa. 2009. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. - *Investigacion científica en ciencias de la salud*. 6ª Ed. México: McGraw-Hill, 2000. ISBN 970-10-2690-X.

PORTUGAL. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. nº 124/2011 - "Diário da República". 2ª S., Nº35 (18 Fevereiro 2011), p. 8556-865.

QUINN, Tom; WEBSTER, Rosemary ; HATCHETT, Richard – Doença Coronária: angina e enfarte agudo do miocárdio. In: HATCHETT, Richard; THOMPSON, David – *Enfermagem Cardíaca*. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-12-7. p.163-204.

REJAI, Sepehr [et al.] - Quality of life and baseline characteristics associated with depressive symptoms among patients with heart disease. *Clinical Epidemiology*. ISSN 1179-1349. Vol.4 (2012), p.181-186.

RIBEIRO, José Luis Pais - *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*, 3º ed. Porto: Livpsic, 2010. ISBN: 978-989-8148-46-9.

ROCHA, Evangelista & NOGUEIRA, Paulo - As doenças cardiovasculares em Portugal e na região Mediterrânica: Uma perspetiva epidemiológica. *Revista Factores de Risco*. [em linha]. 36 (2015) 35-44. [Consultado 03 Março 2017]. Disponível na [www:<URL: http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/580.pdf](http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/580.pdf)

ROEBUCK, Alun; FURZE, Gil & THOMPSON, David R. - Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 0309-2402. Vol.34, nº6 (2001), p.787-794.

ROEST, Annelieke M. [et al.] - Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*. ISSN 07351097. Vol.56, nº1 (2010), p.38-46.



ROSENGREN, Annika [et al.]- Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. ISSN 0099-5355. Vol.364, nº9438 (2004), p.953-962.

ROZANSKI, A., BLUMENTHAL, J. A., KAPLAN, J. - Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. ISSN 00097322.Vol. 99, nº16 (1999), p. 2192-2217.

RUGULIES, R. - Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*. ISSN 074937972. Vol.3, nº1 (2002), p. 51-61.

SANTOS, Francisca; ARAÚJO, Thelma - Vivendo infarto: Os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Revista latino Enfermagem*. [Em linha].11:6 (2003) 742-748. [Consultado 14 Janeiro 2017]. Disponível em [www:<URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a07.pdf)

SCHWEIKERT, Bernd [et al.] - Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *European Heart Journal*. ISSN 0195668X. Vol.30, nº4 (2009), p.436-443.

SCHERER, Cristiane [et al.] – O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Em linha].13:2 (2011 Abr/Jun) 296-305. [Consultado 14 Janeiro 2017]. Disponível em [www:<URL: https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a16.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a16.htm)

SCHLEIFER, S. J. [et al.] - The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*. ISSN 00039926. Vol.149, nº8 (1989), p.1785–1789.

SCHUMACHER, K. L., & MELEIS, A. I. - Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. ISSN 07435150. Vol.26, nº2 (1994), p. 119-127.

SHEEHY, Susan – *Enfermagem de Urgência da teoria à prática* – 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16-9.

SILVA, Martins J. - A *Cardiopatia Isquêmica como Exemplo de um Evento Trombótico*. *Nota Histórica- Revista Portuguesa Cardiologia*. [Em linha]. 5 (2006) 537-543. [Consultado 01 Fevereiro 2017]. Disponível na WWW:<URL: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/988/1/17666\\_Cardiop.isquemica\\_exemplo\\_de\\_evento\\_trombotico\\_Rev\\_Port\\_Card.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/988/1/17666_Cardiop.isquemica_exemplo_de_evento_trombotico_Rev_Port_Card.pdf).

SILVA, Pedro M. - *25 Perguntas em Dislipidémia*. Lisboa: Permanyer, 2006. ISBN 972-733-205-6.

SILVA, Sandra - (Con) viver com a dor do outro: vivências dos familiares de idosos com dor crónica. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

SILVEIRA, Conceição; ABREU, Ana - Reabilitação cardíaca em Portugal. Inquérito 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. [em linha]. 35:12 (2016) 659-668. [Consultado 10 Fevereiro 2017]. Disponível na [www:<URL: http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia334/pdf/S0870255116301858/S300/](http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia334/pdf/S0870255116301858/S300/).

SOARES-COSTA, J. T. S. - Nova definição clínica do enfarte do miocárdio. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. [Em linha] 12:1 (2005) 37-41. [Consultado 10 Fevereiro 2017]. Disponível em [www:<URL: http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12\\_n1\\_2005\\_37-41.pdf](http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n1_2005_37-41.pdf).

SONG, Yun-Mi [et al.] - Socioeconomics status and cardiovascular disease among men: The Korean National Health Service Prospective Cohort Study. *American Journal of Public Health*. [Em linha]. 96:1 (2006) 152-159. [Consultado 10 Fevereiro 2017]. Disponível na [www:<URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470435/pdf/0960152.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470435/pdf/0960152.pdf)

STEAD, Carolyn - Cardiac rehabilitation: benefits and low uptake. *Practice Nursing*, [Em linha]. 20:12 (2009) 596-600. [Consultado 1 Fevereiro 2017]. Disponível em [www:<URL: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010540277&lang=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010540277&lang=pt-br&site=ehost-live)

STEPTOE, Andrew, & KIVIMÄKI, Mika - Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annual Review of Public Health*. ISSN 0163-7525. Vol.34 (2013), p.337-354.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. - *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1043-5.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. - *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 5ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2013. ISBN 978-989-8075-34-5.

TAY, Lois [et al.] - Social relations, health behaviors, and health outcomes: a survey and synthesis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. ISSN 17580854. Vol.5, nº1 (2013), p.28-78.

TAYLOR, R. S. [et al.] - Exercise based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Medicine*. ISSN 00029343. Vol.116, nº10 (2004), p. 682-692.

TOWNSEND, Nick, [et al.] - Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *European Heart Journal*. [Em linha] 37 (2016) 3232-3245. [Consultado 22 Janeiro 2017]. [Consultado 10 Fevereiro 2017]. Disponível em www: <URL: [https://oup.silverchaircdn.com/oup/backfile/Content\\_public/Journal/eurheartj/37/42/10.1093\\_eurheartj\\_ehw334/2/ehw334.pdf?Expires=1490386683&Signature=eySPbWiBb1yEgwyRAinKkDA~l](https://oup.silverchaircdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/eurheartj/37/42/10.1093_eurheartj_ehw334/2/ehw334.pdf?Expires=1490386683&Signature=eySPbWiBb1yEgwyRAinKkDA~l).

UCHMANOWICZ, Izabella & Łoboz-Grudzień, K. - Factors influencing quality of life up to the 36th month follow-up after treatment of acute coronary syndrome by coronary angioplasty. *Nursing: Research and Reviews*. [Em linha] .5 (2015) 23-31. [Consultado 22 Janeiro 2017]. Disponível na WWW:<URL: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/NRR-75161-factors-influencing-36-moth-follow-up-results-of-quality-of-\\_011415.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/NRR-75161-factors-influencing-36-moth-follow-up-results-of-quality-of-_011415.pdf).

URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. – *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 1265 p. ISBN 978-989-8075-08-6.

VIRTANEN, M. [et al.] - Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. [Em linha]. 347, f4746. (2013)1-15. [Consultado 30 Janeiro 2017]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.bmj.com/content/bmj/347/bmj.f4746.full.pdf>.

VILA, Vanessa, & ROSSI, Lidia - A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Em linha].16:1 (2008) 1-10. [Cnsultado 10 de Fevereiro]. Disponível na www :< URL: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt\\_01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_01.pdf).

WANG, Wenru [et al.] - Health-related quality of life and its associated factors in Chinese patients with myocardial infarction. *European Journal of Preventive Cardiology*. [Em linha]. 21:3 (2014) 318-326. [Consultado 14 Fevereiro 2017]. Disponível na [www:<URL: http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2047487312454757](http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2047487312454757).

WHO EXPERT COMMITTEE ON REHABILITATION - Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries: report of a WHO Committee. *World Health Organization Technical Report Series*. ISSN 0512-3054. Vol.831, (1993). p. 1-122.

WILLIAMS, Redford B., BAREFOOT, John C., & SCHNEIDERMAN, Neil - Psychosocial risk factors for cardiovascular disease. More than one culprit at work. *JAMA*. ISSN 00987484. Vol.290, nº16 (2003), p.2190-2192.

YUSUF, Salim [et al.] - Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. ISSN 1474-547X. Vol.364, n°9438 (2004), p.937-952.

**ANEXOS**



## **ANEXO I**

Pedidos de autorização às entidades responsáveis





**Termo de Autorização/ Termo de Responsabilidade – Diretor de Serviço**

\_\_\_\_\_, na qualidade de Diretor do Serviço de Cardiologia, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado “O processo transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo do miocárdio- contributos da intervenção de enfermagem” e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Diretor de Serviço

Assinatura\_\_\_\_\_

**Termo de Autorização/ Termo de Responsabilidade – Responsável da Unidade de Reabilitação Cardíaca**

\_\_\_\_\_, na qualidade de Responsável pela Unidade de Reabilitação Cardíaca, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado “O processo transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo do miocárdio- contributos da intervenção de enfermagem” e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Diretor

Assinatura\_\_\_\_\_

**Termo de Autorização/ Termo de Responsabilidade – Enfermeiro Chefe do Serviço de Cardiologia**

\_\_\_\_\_, na qualidade de Enfermeiro Chefe do Serviço de Cardiologia, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado “O processo transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo do miocárdio- contributos da intervenção de enfermagem” e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Enfermeiro Chefe

Assinatura\_\_\_\_\_

**Termo de Autorização/ Termo de Responsabilidade – Enfermeiro Supervisor do Departamento de Medicina**

\_\_\_\_\_, na qualidade de Enfermeiro Supervisor do Departamento de Medicina, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado “O processo transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo do miocárdio- contributos da intervenção de enfermagem” e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Enfermeiro Supervisor

Assinatura\_\_\_\_\_

**Pedido de Autorização: Diretor (a) do Departamento de Ensino, Formação e Investigação**

Ex.mo (a) Senhor(a) Director (a) do Departamento de Ensino, formação e Investigação

Sandra Cristina Belo Meira na qualidade de Investigador Principal, venho por este meio, solicitar a Vossa Ex.<sup>a</sup> autorização para realizar o estudo de investigação intitulado “O processo transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo do miocárdio- contributos da intervenção de enfermagem”, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, cujo processo se junta em anexo.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Investigador Principal

Assinatura\_\_\_\_\_

**Pedido de Autorização: Presidente da Comissão de Ética para a Saúde**

Ex.mo(a) Senhor(a)Presidente da Comissão de Ética

Sandra Cristina Belo Meira na qualidade de Investigador Principal, venho por este meio, solicitar a Vossa Ex.<sup>a</sup> autorização para realizar o estudo de investigação intitulado “O processo transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo do miocárdio- contributos da intervenção de enfermagem”, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, cujo processo se junta em anexo.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Investigador Principal

Assinatura\_\_\_\_\_

**Pedido de Autorização: Presidente do Conselho de Administração**

Ex.mo (a) Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração

Sandra Cristina Belo Meira na qualidade de Investigador Principal, venho por este meio, solicitar a Vossa Ex.<sup>a</sup> autorização para realizar o estudo de investigação intitulado “O processo transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo do miocárdio- contributos da intervenção de enfermagem”, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, cujo processo se junta em anexo.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Investigador Principal

Assinatura\_\_\_\_\_

## **ANEXO II**

Declaração de autorização do estudo





Exma. Sra. Enf.ª Sandra Meira  
Serviço de Cuidados Intensivos  
Unidade Intermédia Médico-cirúrgica

TÍTULO: Trabalho Académico Mestrado "O processo de transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo do miocárdio - contributos da intervenção de enfermagem" - N/ REF.ª 2016.093(079 DEFI/076-CES)

O Conselho de Administração do CHP autoriza a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Cardiologia, sendo Investigador Principal, a Enf.ª Sandra Meira.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, e pela Direção de Enfermagem, bem como pela Direção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
24/6/2016  
Dr. SOLLARI ALLEGRO  
Presidente  
Dr. PAULO BARBOSA  
Diretor Clínico  
Dr.ª ÉLIA GOMES  
Vogal Executiva  
Dr. RUI PEDROSO  
Vogal Executivo  
Enf.ª EDUARDO ALVES  
Enfermeiro Director

\* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.





### **ANEXO III**

Termo de consentimento informado

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### ***O Processo de Transição Saúde/Doença da Pessoa com EAM – Contributos da Intervenção de Enfermagem***

Chamo-me Sandra Meira, sou enfermeira e estou a fazer um estudo sobre o processo de transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo miocárdio, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, com a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Pereira (Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo).

Este estudo visa compreender o processo de transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo do miocárdio. Tem como finalidade obter um melhor conhecimento de uma realidade e contribuir para uma melhor intervenção de enfermagem e qualidade de cuidados.

Para tal pretendemos realizar entrevistas, que serão gravadas em sistema áudio e os dados gravados serão destruídos após a defesa deste trabalho científico. A informação recolhida será absolutamente confidencial, o que significa que nunca vou revelar ou divulgar nada que possa identificar as pessoas que aceitem ser entrevistadas.

Assim, gostaria de o/a poder entrevistar. Se concorda, pedia-lhe que assinasse esta folha na qual declara:

1. Que foi esclarecido/a sobre a finalidade e objetivos do estudo;
2. Que compreendeu a informação que lhe foi dada, teve oportunidade de fazer perguntas e as suas dúvidas foram esclarecidas;
3. Que foi esclarecido/a que pode recusar-se a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização;
4. Que aceita participar de livre vontade no estudo acima mencionado;
5. Que autoriza a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

No caso de o/a entrevistado/a não poder ou não souber assinar, o consentimento deverá ser presenciado por outra pessoa (acompanhante), que o assina.

**Nome do participante no estudo ou acompanhante** (se o entrevistado não souber assinar)

Assinatura: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome do investigador principal**

Assinatura: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(contato telefónico: 916978893)

## **APÊNDICES**



**Apêndice I**  
Guião da entrevista



## GUIÃO DA ENTREVISTA

Entrevista nº: _____ Data: ____/____/____
<p><b>Caraterização dos participantes do estudo</b></p> <p>Idade:_____ Sexo:_____ Estado civil:_____ Pessoa com quem vive:_____</p> <p>Profissão:_____ Tempo de internamento : _____</p> <p>Habilitações : _____</p> <p>Onde vive: Meio rural <input type="checkbox"/> Meio urbano <input type="checkbox"/></p>

Objetivos Específicos	Questões Orientadores
- Perceber o que significou o processo de transição saúde/doença para a pessoa com EAM;	- O que significou para si ter um enfarte agudo do miocárdio? - Fale-me dos aspetos significativos e dos sentimentos vivenciados neste processo de transição saúde/doença? - O que mais o/a preocupa perante a ocorrência desta doença?
- Identificar as implicações do processo de transição saúde/doença para a pessoa com EAM;	- Que implicações trouxe a ocorrência do enfarte agudo do miocárdio? - Quais as implicações na sua condição financeira /profissional/ familiar?
- Identificar os fatores facilitadores do processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM;	- Quais os fatores facilitadores do processo de transição saúde/doença?
- Identificar os fatores dificultadores do processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM;	- Quais os fatores dificultadores do processo de transição saúde/doença?
- Descrever as intervenções de enfermagem favorecedoras do processo de transição saúde/ doença da pessoa com EAM;	- Quais as necessidades de cuidados de enfermagem? - Situando-se nas intervenções de enfermagem, quais foram na sua opinião aquelas que mais o ajudaram no processo de transição saúde/doença? Quais foram os contributos dessas intervenções?





**Apêndice II**  
Documento Informativo



## DOCUMENTO INFORMATIVO

Chamo-me Sandra Meira, sou enfermeira e estou a fazer um estudo sobre o processo de transição saúde/doença da pessoa com enfarte agudo miocárdio- contributos da intervenção de enfermagem, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

O estudo de investigação acima mencionado tem como objetivo compreender o processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM. Pretende-se assim, concretizar os seguintes objetivos específicos:

- 1) Perceber o que significou o processo de transição saúde/doença para a pessoa com EAM;
- 2) Identificar as implicações do processo de transição saúde/doença para a pessoa com EAM;
- 3) Identificar os fatores facilitadores do processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM;
- 4) Identificar os fatores dificultadores o processo de transição saúde/doença da pessoa com EAM;
- 5) Descrever as intervenções de enfermagem favorecedoras do processo de transição saúde/ doença da pessoa com EAM;

Assim, este estudo tem como finalidade obter um melhor conhecimento de uma realidade e contribuir para uma melhor intervenção de enfermagem e qualidade de cuidados à pessoa com enfarte agudo do miocárdio.

Neste estudo está prevista a aplicação de uma entrevista semi-estruturada que será gravada em sistema áudio e os dados gravados serão destruídos após a defesa deste trabalho científico.

Os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais.

A qualquer momento da participação no estudo, é possível recusar a participação ou interromper sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Os resultados obtidos serão divulgados no meio científico, garantindo-se o anonimato.

Para qualquer esclarecimento que oportunamente considere pertinente poderá contactar para o seguinte endereço de correio eletrónico: [sandrabelomeira@gmail.com](mailto:sandrabelomeira@gmail.com).

Grata pela colaboração.

Com os melhores cumprimentos



### **Apêndice III**

Quadros Síntese das áreas temáticas, categorias, subcategorias  
e unidades de registo



## Área Temática: Significado do Evento

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro
Sintomas físicos	Dor/Desconforto torácico	<p>“(…) agora é que tive dor, tive enfarte(…), só tive dor pré-cordial (…)” - (E1)</p> <p>“(…) estava bem, tinha acabado de jantar e começou a dar-me assim um apertozinho no peito (..) vim até à porta (..) acendo um cigarro para fumar e comecei a sentir ainda mais aquele aperto mas com mais intensidade, depois conforme ia aumentando o aperto, ia reduzindo a respiração.” - (E3)</p> <p>“[senti] dor, dor no peito (…)- (E5)</p> <p>“Só me recordo(…) da dor no peito (…)- (E6)</p> <p>“Eu senti (..) uma dor no peito, uma dor aguda, persistente (..) mas depois abrandou (…)- (E7)</p> <p>“(…) encolhidinha a apertar o peito, [sentia] dor que era aquela pressão (…)- (E8)</p> <p>“(…) sentia dor no peito (..) era desconfortável(…)- (E8)</p> <p>“Era um aperto no peito eu só fazia assim...(movimentos com a mão no peito) (…)- (E8)</p> <p>“Tive (..) os sintomas mais o menos clássicos só não tive dor para o braço, mas tive pressão no peito durante toda a noite. (..) a partir de uma certa altura a pressão começa a ser muito grande (…)- (E9)</p> <p>“(…) eu andava há uns dias com uma dor aqui no peito, mais para o coração, (..) dava um apertozito, um aperto (…)- (E10)</p>
	Vómitos	“(…) tinha vontade de vomitar (…)- (E6)
	Astenia	<p>“(…) era até mais o querer andar, parece que me faltava a força nas pernas (…)- (E4)</p> <p>“(…) senti-me muito cansado, tive de parar (…)- (E1)</p>
	Mal-estar	<p>“É assim, não era dor, era tipo de um ardor, tipo de um formigueiro (..) não sei explicar bem (…)- (E2)</p> <p>“(…) aquele tipo de sensação de que o peito está a ser apertado, um mau-estar.”-(E7)</p> <p>“(…) não me sentia bem.” - (E8)</p> <p>“(…) de repente deu-me uma sensação muito esquisita” - (E5)</p>
	Alterações da Visão	“(…)e a luz a ficar assim um bocado diferente, não era tão clara, era assim um bocadinho turva(…)- (E4)
	Suores	“(…) e dá-me uns suores muito fortes e comecei a suar(…)- (E8)
	Preocupação/Medo	<p>“Foi uma preocupação grande (..) quando se trata do coração é sempre preocupante (..) o coração mete-nos sempre medo (..) é um órgão vital do ser humano(…)- (E2)</p> <p>“(…) senti medo, muito medo.” - (E3)</p> <p>“(…) muitas coisas passam pela cabeça (..) a gente começa a pensar em tudo e até pensa no que não deve.” - (E3)</p> <p>“O que mais me preocupa é a saúde, ficar bom (..) é curar-me.” - (E3)</p> <p>“(…) quem passa por isto [EAM], mexe, só não mexe (..) quem não se interessar de morrer... (risos)” - (E3)</p>

	<p><i>"Deu-me isto [EAM], podia ter partido, haver mais complicações e é mau para nós e para a família como em muitos casos que ficam aí numa cadeira de rodas(...)"- (E4)</i></p> <p><i>"A gente está constantemente a pensar como pode surgir novamente (...) estava sempre a cismar não é!"-(E4)</i></p> <p><i>"(...) se eu tivesse numa situação dessas [em cadeira de rodas], então é que eu ficava (...) psicologicamente mais afetado porque estava a pensar em mim, e na família que estava a ter de cuidar de mim e assim para já não dou trabalho (...)"- (E4)</i></p> <p><i>"É o medo de morrer (...) apesar que eu até não sou nada medroso nessas coisas(...)"- (E4)</i></p> <p><i>"(...) é a noção que está a acontecer alguma coisa e que isto pode acabar de repente (...) por firme à vida (...)"- (E5)</i></p> <p><i>"(...) é uma situação de medo intenso (...) é uma coisa interior é encarar a morte de frente mas internamente (...) é ter a noção da finalidade (...)"-(E5)</i></p> <p><i>"(...) um ataque interno, por isso há medo(...)"- (E5)</i></p> <p><i>"(...) pensei que ia morrer..."- (E6)</i></p> <p><i>"Foi um pesadelo muito grande (risos) quem estava habituado a trabalhar quase de noite e de dia."- (E6)</i></p> <p><i>"[o que mais me preocupa] (...) e fazer sofrer a família (...) eu não queria era dar trabalho à família (...)"- (E6)</i></p> <p><i>"[o que mais me preocupa] é o tornar a dar-me qualquer coisa(...)"-(E6)</i></p> <p><i>"(...) era a preocupação de fazer sofrer os outros (...) não me importava de morrer."-(E6)</i></p> <p><i>"Foi aquele medo, o que é que me vai acontecer (...) vem à cabeça a família, os netos, a gente naquele momento pensa em tudo (...) em deixar esta vida, eu olhei para mim para ver se tinha tido alguma coisa (...) a boca para o lado (...)"-(E7)</i></p> <p><i>"(...) há sempre aquele medo que volte acontecer (...) porque na verdade a gente faz a alimentação mais equilibrada que pode mas não é a correta, não vale a pena mentir (...)"- (E8)</i></p> <p><i>"(...) a gente tem que ter sempre medo que o coração é a nossa máquina não é!"- (E8)</i></p> <p><i>"Eu não tenho medo de morrer só tenho medo de sofrer."- (E9)</i></p> <p><i>"Senti que me ia apagar muito rapidamente (risos)."- (E9)</i></p> <p><i>"[Sentimento] De morte (...) chorei, achava que ia morrer(...)"- (E10)</i></p> <p><i>"Sentimentos, de ter que partir (...) foi isso a minha reação (...)"(E10)</i></p> <p><i>"[Agora] preocupo sabe que isto é a nossa máquina não é!" - (E10)</i></p> <p><i>"(...) foi uma coisa que eu nunca esperei (...) mas acabou por acontecer."- (E3)</i></p> <p><i>"(...) é ter que pensar em mudar muitas coisas para poder andar aqui mais uns anos sem voltar acontecer."- (E3)</i></p> <p><i>"(...) eu pensei 51 anos, ainda é muito cedo e já estou com estes problemas."- (E3)</i></p> <p><i>"Para mim (...) psicologicamente afetou-me porque não estava a contar (...) porque eu era uma pessoa saudável (...)quando fazia as análises tinha os valores todos bem, (...)não tinha colesterol elevado, não era hipertenso, não era diabético, portanto, nunca sonhei ter um [EAM]."- (E4)</i></p>
Choque	



Conscientização da doença	Âmbito da Doença	<p><i>“(...) também me interrogo como é que me aconteceu isto depois de eu ser um bocadinho crente. Porque é que aconteceu isto a mim (...) tenho um comportamento na sociedade (...) mais ou menos (...) tenho amigos, tenho tudo e (...)aparece estas coisas assim de repente.”- (E4)</i></p> <p><i>“(...) quando é interno como é o caso do ataque, é muito mais intenso (...) é essa noção do perigo(...)” - (E5)</i></p> <p><i>“É uma má surpresa (...) não se está à espera.”- (E5)</i></p> <p><i>“É um susto muito grande (...) não estava preparado (...) uma pessoa anda na nossa vidinha e nunca pensa que nos vai acontecer! (sorrisos) “- (E5)</i></p> <p><i>“(...) parece que senti os pés a fugir por ali fora, fiquei assustado”- (E7)</i></p> <p><i>“Olhe para mim ter um enfarte foi o aviso(...)”-(E7)</i></p> <p><i>“(...) foi um susto bastante grande quando me disse (...) que era um enfarte.”- (E8)</i></p> <p><i>“Primeiro uma surpresa (...) era a última coisa que eu pensei que me ia dar (silêncio).”-(E9)</i></p> <p><i>“Eu não tenho fatores de risco, não estava nada à espera (...) caí redondo no chão, foi uma experiência (...)desagradável.”- (E9)</i></p> <p><i>“(...) eu precisava de mudar hábitos e precisava de um estímulo para modificar a minha maneira de estar (...) e de fazer as coisas.”-(E1)</i></p> <p><i>“(...) sabia que era uma situação grave, mas aceitei-a perfeitamente (...) aceitei dentro aquilo que (...) estava à espera que acontecesse.”-(E1)</i></p> <p><i>“Não, não.”[não tinha consciência do que me estava a acontecer].-(E2)</i></p> <p><i>“(...) não sabia que era enfarte. Só depois, quando vim [para o hospital] é que eu soube que foi um enfarte!”-(E3)</i></p> <p><i>“(...) antes nunca me passou pela cabeça (...) quando eu fui para a cardiologia [é que pensei] isto é coração!”-(E3)</i></p> <p><i>“(...) eu não sabia que era um ataque cardíaco (...) foi a minha mulher que disse: isso é um ataque cardíaco (...)”- (E5)</i></p> <p><i>“Não,não pensei que aquilo que fosse um ataque cardíaco, sabia que não estava bem, como é evidente(...)”-(E5)</i></p> <p><i>“(...) nem sabia o que era isso [EAM], (...) aquilo foi uma coisa tão de repente, estava bem, estava no sofá.”- (E6)</i></p> <p><i>“(...) Ainda hoje não me convenço que me deu um [EAM] (...) a minha família é que conta, ainda hoje eu não me lembro.”- (E6)</i></p> <p><i>“(...) nunca pensei que pudesse ser um enfarte, só [soube] quando o médico cardiologista me disse (...)”-(E7)</i></p> <p><i>“Nunca pensei [que seria um EAM], (...) eu como fui operada, tirei o estomago (...) pensei (...) será alguma coisa (...) que comesse e que não me tivesse caído mal (...)”-( E8)</i></p> <p><i>“(...) fiquei com certeza absoluta, nunca perdi a consciência [que estava a ter] um enfartão (...) fiquei na dúvida é se sobrevivia ou não (...) não tive dúvidas porque também fiz três anos de medicina ainda tenho algumas ideias.”- (E9)</i></p> <p><i>“(...) sei o que é um [EAM] mas nem tal coisa pensei nisso, sei que a dor era um aperto mas depois passava-me (risos) quer dizer deu-me várias, olhe tive muita sorte.”-(E10)</i></p>
---------------------------	------------------	---

<p>Comportamentos de Risco</p>	<p><i>“(...) já estava a espera(...) porque sei que cometia alguns excessos, nomeadamente o tabaco, tinha fatores de risco, tinha também mais ou menos alimentares, portanto tinha alguns fatores de risco e esses fatores de risco mais dia menos dias iam me levar à situação (...)mas eu continuei a fazer as asneiras!(sorrisos).”-(E1)</i></p> <p><i>“(...) desde miúdo (...) entrava um bocadinho em stress, sentia um bocado de ansiedade, era emotivo (...) talvez até tenha contribuído para [o EAM].”-(E4)</i></p> <p><i>“Fumava mais! Comia pior! Na altura eu até fumava mais porque eu sentia-me nervoso, foi a falta do trabalho, estar parado, à priori foi aí, que eu era uma pessoa muito ativa.” (E6)</i></p> <p><i>“(...) para mim ter um enfarte (...) são as asneiras que a gente faz, (...) toda a minha vida foi uma vida dedicada ao setor das vendas, a gente anda por toda a parte do país, (...) sai de manhã e chega à noite, outras vezes uma semana sem vir a casa e então, é as boas comidas, as boas bebidas, era o tabaco, o café, tudo isso era um acumular de muitos anos.” -(E7)</i></p>
--------------------------------	--

## Área Temática: Implicações do EAM

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
A nível dos estilos de vida	Exercício físico	<p><i>"(...) o exercício físico que não fazia até aqui, passei a fazer."- (E1)</i></p> <p><i>"(...) fui para o parque da cidade, dei a volta ao parque, uma hora e tal, a chover, também era o único que lá andava (sorrisos) mas também sentia-me bem, sentia-me em liberdade, que é o que mais gosto."- (E1)</i></p> <p><i>As pessoas não querem [caminhar]! Às vezes é preciso acontecer alguma coisa nas nossas vidas [para começar a fazer exercício]"- (E1)</i></p> <p><i>"(...) olhe ando aqui no ginásio (...)." (E2)</i></p> <p><i>"Não fazia [exercício] porque vinha para aqui, mas agora vou começar a fazer!"- (E3)</i></p> <p><i>"(...) eu por mim se não for caminhar às 8 vou caminhar às 10 da noite, ou às 6 da manhã (...)"-(E3)</i></p> <p><i>" (...) caminho um bocado (...)"-(E5)</i></p> <p><i>"(...) faço umas caminhadzinhas (...)"-(E6)</i></p> <p><i>"(...) mas só agora, quando saí daqui é que faço [caminhadas] todos os dias, hora e meia, duas horas é conforme."- (E7)</i></p> <p><i>"(...) faço três vezes hidroginástica por semana e faço caminhadas."- (E8)</i></p> <p><i>"(...) mantenho os exercícios que aqui recomendaram, mantenho exatamente com o ritmo um bocadinho aumentado."-(E9)</i></p> <p><i>"(...) faço caminhadas porque correr corro muito pouco(...)"- (E10)</i></p>
	Adesão a terapêutica medicamentosa	<p><i>"(...) quando saí do hospital fui medicado, disseram me para fazer a medicação religiosamente e eu faço a medicação às horinhas."-(E2)</i></p> <p><i>"Passou-me quatro [medicamentos], de manhã, agora ao almoço, e são mais dois à noite! [e isto] chatear, chateia, mas tem que ser, não é!"-(E3)</i></p> <p><i>"(...) agora de manhã [já tomei a medicação], já está."- (E7)</i></p> <p><i>"(...) levo a medicação certinha(...)"-(E8)</i></p> <p><i>"(...) Meço as tensões com mais regularidade, vou ao medico de família às vezes para a medicação, faço as análises ao sangue(...)"-(E8)</i></p>
	Cessação Tabágica	<p><i>"(...)eu fumava 25 cigarros por dia e eu deixei de fumar no dia em que me deu, sem qualquer medicação, sem qualquer auxiliar, sem nada portanto (...)" -(E1)</i></p> <p><i>"(...) deixei de fumar no dia em que entrei ali nas urgências."-(E2)</i></p> <p><i>"Não volto a fumar mais, bem que andei ali uns 15 dias em que organismo pedia nicotina, mas hoje se tiver ao pé de um fumador (...) nem me preocupo e não volto a fumar."-(E2)</i></p> <p><i>"(...) Senhora Enfermeira, eu fumava 4 maços de tabaco por dia (...) eu desde que me deu isto nunca mais!"-(E3)</i></p>

	<p><i>“Já consegui, de 4 maços para 15 cigarros por dia, mas vou conseguir mais!”- (E3)</i></p> <p><i>“(...) fumar nunca mais (...) quer dizer eu gasto 50 euros por mês no ginásio isso era o que eu gastava numa semana em tabaco.”-(E7)</i></p> <p><i>“Deixei de fumar. [Mas] fumei muitos anos e ultimamente era dois maços e meio por dia.”- (E6)</i></p> <p><i>“Menos tabaquinho!”-(E9)</i></p>
Alteração de hábitos alimentares	<p><i>“Alimentação mudei completamente, neste momento não como gorduras (...) e faço uma alimentação muito à base de legumes,...)”- (E1)</i></p> <p><i>“(...) eu deixei de comer sal (...) e hoje eu não bebo bebidas com gás.”- (E2)</i></p> <p><i>“Os cafés ninguém me disse para não tomar cafés e por minha iniciativa, passei a tomar um café por dia(...)- (E2)</i></p> <p><i>“A alimentação tenho feito o que me mandaram, a dieta, tenho feito tudo direitinho, só cozidos, grelhados, prontos e estufados sem sal.”- (E3)</i></p> <p><i>“(...) eu estou a seguir mais ou menos um panfleto [sobre alimentação], quase à risca(...)- (E4)</i></p> <p><i>“Com pouco sal, grelhados (...) óleos usamos muito pouco, é tudo azeite (...)- (E4)</i></p> <p><i>“(...) nós no dia a dia normalmente é estufados, cozidos e grelhados, peixe, carne até comemos muito pouca carne, quando como até é mais carnes brancas.”-(E4)</i></p> <p><i>“(...) eu e a minha esposa comemos muitas saladas, alface, tomate; hortaliças cozidas.”- (E4)</i></p> <p><i>“Agora tenho mais cuidados [com a alimentação]! Se bem que eu (...) nunca fui assim de comer muito, beber muito (...)- (E5)</i></p> <p><i>“Por um lado foi bom dar-me isto [EAM], porque eu era uma pessoa que bebia muito, comia muito, e hoje já faço uma alimentação razoável, curta e como muitas vezes ao dia (...)- (E6)</i></p> <p><i>“(...)as mudanças foi a nível alimentar, eu já estava reformado há uns anos quando isto me aconteceu (...)e eu já fazia uma pré dieta em casa, já não havia fritos, nem assados (...)- (E7)</i></p> <p><i>“[A esposa] tenta pôr menos sal (...) cozidos e grelhados é o que se come naquela casa.”-(E7)</i></p> <p><i>“(...) a gente está sempre com mais medo agora, está sempre com mais atenção às coisas na alimentação.”- (E8)</i></p> <p><i>“(...) se fosse como a gente fazia antigamente pega numa pizza que custa três euros e mete dentro do forno! Mas automaticamente deixei de comer tudo isso, deixei de comer a manteiga (...) mas a manteiga não sei porque tiraram(...)- (E8)</i></p> <p><i>“(...) faço tudo certinho, ainda hoje sai cedinho de casa, comi meia torrada seca e um chá de cidreira.”-(E8)</i></p> <p><i>“Eu como as carnes brancas, fiambre de peru ou de frango, bife de peru ou bife frango, ou salmão (...)- (E8)</i></p> <p><i>“(...) a manteiga às vezes sinto-me desconsolada, mas desde que saí do hospital ainda não pôs um bocadinho de manteiga num pão ou ponho um bocadinho de compota ou um bocadinho de fiambre (...)- (E8)</i></p>

		<p><i>"(...) como banana, como laranja, nectarina, melão, melancia, bebo às vezes frutos vermelhos, (...) que são a equilibrção (...) a gente as vezes lê as instruções é um facto, mas acho que aquilo tem muito açúcar!"-(E8)</i></p> <p><i>"Na alimentação, como menos gorduras [Antes] (...) não tinha cuidados nenhuns agora faço mais refeições, mais distribuidas (...) "-(E9)</i></p> <p><i>"(...) mantemos em casa umas refeições durante a semana com algum cuidado ausência de carnes vermelhas a manteiga não entrou mais lá em casa, dentro disso fizeram-se algumas adaptações, ao fim de semana faço asneiras."-(E9)</i></p> <p><i>"(...) alimentação já não é a que a gente fazia antes de acontecer isto eu gostava muito de carne de porco e essas gordura (...) mas agora já estou um bocado limitado."-(E10)</i></p> <p><i>"Agora como mais a base de cozidos e grelhados, e também gosto muito mais de peixe do que de carne."-(E10)</i></p> <p><i>"(...) eu para ser sincero se me apetecer comer umas tripas eu como umas tripas (...) mas de vez enquanto por norma não faço isso, é um peixe grelhado (...)!"-(E10)</i></p>
	Atitude perante a vida	<p><i>"Estou mais calmo é favor, estou muito calmo."-(E2)</i></p> <p><i>"[O EAM] baixa muito a autoestima de uma pessoa (...) porque deixamos de ser aquela pessoa com saúde (...) fosse o trabalho que fosse que me aparecesse eu não tinha medo e agora já tenho!"-(E3)</i></p> <p><i>"(...)em casa, faço os exercícios [da Psicóloga] e ajuda-me (...) já estou mais calminho(...) e estando a conversar, no diálogo com as pessoas, relaxo muito mais."-(E4)</i></p> <p><i>"(...) o ataque que me deu [ensinou-me] que isto tem de ser um dia de cada vez, que a gente anda preocupado com muita coisa que não tem nada que se preocupar (...)! (sorrisos) (...) "-(E5)</i></p> <p><i>"O ataque pôs tudo em causa, desde a política, à religião, a tudo (...) houve mudanças de paradigmas!"-(E5)</i></p> <p><i>"[Agora sou] diferente mesmo diferente a 100%. Porque eu era uma pessoa muito ativa, eu não me dava parado, (...) [Agora] sinto-me muito calmo."-(E6)</i></p> <p><i>"Eu era uma pessoa que não me habituava a estar em casa mesmo ao fim de semana sempre trabalho (...) agora não, mas fico triste (...) falta-me aquele convívio diariamente do trabalho."-(E6)</i></p> <p><i>"Eu quando trabalhava era um stress maluco, pela força das circunstâncias, pela minha atividade e pelo cargo que eu tinha (...) andava sempre stressado. [Agora] reformado, sou mais cauteloso (...) "-(E7)</i></p> <p><i>"Trouxe mudanças, trouxe (...) estou muito mais calmo, e antigamente enervava-me muito."-(E10)</i></p>
A nível económico		<p><i>"Deixei tudo [o trabalho] (...) a nível financeiro a minha sorte é que eu tenho a minha esposa (...) a gente tem um tasquito, ela vai trabalhando e tal, porque se não..."-(E3)</i></p> <p><i>"Não é fácil, não é fácil para as pessoas que acontecem isto [EAM] senão tiveram (...) apoios financeiros (...) eu graças a deus, ainda consegui com a minha esposa,</i></p>

<p>A nível profissional</p>	<p><i>mas sei que não é fácil e então quem tiver filhos, crianças (...)"- (E3)</i></p> <p><i>"(...) na alimentação gasta-se mais dinheiro (...) para comer melhor, gasta-se mais dinheiro! Para vir para aqui gasta-se transportes, medicamentos então, é uma carrada, eu falo por mim, e tudo isso para quem não ganha."- (E3)</i></p> <p><i>"(...) dificultou muito a nível financeiro [a falta de trabalho]. Eu tinha meses a receber 1500, 1700 euros e agora é 500 euritos uma pessoa tem que andar mais controlado (...) e isto mexeu com o meu organismo todo."-(E6)</i></p> <p><i>"(...) se lhe mostrar o vale dos medicamentos que tomo, isto na farmácia mesmo com o desconto da segurança social deixamos umas centenas na farmácia(...)"- (E7)</i></p> <p><i>"(...) a gente gasta mais dinheiro em medicamentos mas vai-se gerindo aluguer, a televisão, o gás, a eletricidade (...) os medicamentos não são baratos e o meu orçamento é muito pequenino para as despesas que eu tenho!"- (E8)</i></p> <p><i>"As deslocações para aqui custou-me algum dinheiro porque moro numa zona com poucos acessos e teve que vir de taxi."-(E9)</i></p> <p><i>"Claro que agora gasto muito mais em medicação (...)"- (E10)</i></p> <p><i>"(...) em termos de trabalho, reduziram-me o trabalho (...) e eu reduzi também o trabalho e comecei a ter outra vivência"- (E1)</i></p> <p><i>"Tive de reduzir [o trabalho], tive que parar mas as coisas vão voltando (...) ao normal e é continuar."- (E3)</i></p>
-----------------------------	--

## Area Temática: Fatores facilitadores do processo transição saúde/doença

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Envolvimento da equipa multidisciplinar		<p>“O que facilitou este processo todo, foram os bons profissionais do Serviço Nacional de Saúde, sem dúvida nenhuma (...)”-(E2)</p> <p>“A camaradagem com toda a gente: com enfermeiros, auxiliares, doentes (...) e olhe vai ajudando a levar a vida para a frente.”-(E7)</p>
Apoio da família		<p>“(...) eu sou acompanhado por ela [esposa], ela vem à consulta de nutrição, porque ela é que faz a alimentação (...) ela é que aprendeu (...)!”- (E1)</p> <p>“É ela [a esposa] que cozinha ainda mais que eu eu às vezes vou comer coisas e ela diz: “não comas isso” (...) às vezes chateia (risos) mas ela tem razão!”- (E3)</p> <p>“(...) o caminhar faço isso, quando ela[a esposa] vai comigo(...)”-(E4)</p> <p>“(...) facilitou o apoio da família (...) a esposa colabora muito (...) a minha esposa faz a alimentação adequada para mim (...)”-(E6)</p> <p>“(...) as minhas próprias filhas também me dão muito apoio, vão caminhar comigo.”- (E6)</p> <p>“A minha filha (...) tem uma filha e tem marido, mas vinha de Braga para o Porto para ver o pai e depois é que ia para Vila do conde, este apoio é muito importante(...) o apoio de presença(...)”- (E7)</p> <p>“Mas elas [as filhas] sempre me apoiaram e sempre me diziam as coisas (...) mãe tem cuidado com os fritos, mãe tem cuidado com a boquinha, mãe tu exageras (...) as filhas são amiguíssimas.”- (E8)</p> <p>“A nível familiar, a minha mulher é médica passou a ter mais atenção (risos), ao nível da proibição do tabaquinho, ao nível da alimentação, ao nível de manter a persistência nos exercícios (...) que faço as duas vezes por semana tal e qual como aqui.”-(E9)</p> <p>“Tive bastante apoio, [da esposa] ela é minha amiga (...) não tenho razão de queixa nem dela nem do filho.”-(E10)</p> <p>“[O filho ajudava] (...) nas palavras (...) a nível psicológico.”-(E10)</p>
Programa de Reabilitação Cardiovascular		<p>“(...) o programa ajudou muito, a ganhar resistência (...) eu não me sinto cansado (...) ontem fiz à volta de 5 quilómetros no parque da cidade (...) tem de haver uma rotina.”- (E1)</p> <p>“Este acompanhamento [programa de reabilitação cardiovascular] ajudou muito!”-(E3)</p> <p>“Ajuda [o exercício]! Este aqui [o exercício] e depois continuo a caminhar e vou-me inscrever num ginásio”-(E4)</p> <p>“(...) gostei de fazer [as provas de esforço] e gostei muito da psicóloga e (...) todos aqueles exercícios que aprendi ali na [sessão exercício], lá em casa faço(...)”-(E4)</p> <p>“Sim [facilitou], muita coisa, [as consultas de enfermagem].”-(E6)</p> <p>“Aqui no hospital deram uma boa ajuda, andei aqui na reabilitação que me fez muito bem(...)”-(E10)</p>

Características pessoais	<p><i>"(...) sei que não quero mais[fumar] (...) as pessoas têm de querer(...)"-(E1)</i></p> <p><i>" (...) a minha consciência, a minha maneira de ser, a minha maneira de estar, porque reconheço que se eu dizia aos outros que teriam de mudar (...)eu não o fiz, mas devia-o ter feito antes, (...) e foi isso que me levou a querer mudar (...)"E1)</i></p> <p><i>"o meu espírito de alegria é que me leva a conseguir ultrapassar os problemas(...)"-(E2)</i></p> <p><i>"(...) havendo força de vontade por parte do doente nós podemos chegar a algum lado, nós temos de colaborar (...) e eu nesse aspeto sinto-me satisfeito (...)."-(E2)</i></p> <p><i>"(...) com a minha personalidade, eu encaro tudo (...) a nossa vida é feita de decisões (...) sou muito radical nas decisões (...) quando eu digo não fumo não fumo mesmo."-(E2)</i></p> <p><i>"Foi a minha força de vontade de querer viver mais, quando a gente quer luta (...) tenta fazer tudo direitinho, e no dia-a-dia ir mudando (...)é mais importante que qualquer medicação (...)"-(E3)</i></p> <p><i>"(...) tenho necessidade de falar (...) estando a conversar, no diálogo com as pessoas, relaxo muito mais (...)" -(E4)</i></p> <p><i>"(...) eu sou muito curioso (...) então uma das minhas curiosidades prende-se com o facto (...) de saber o que eu ando aqui a fazer."-(E5)</i></p> <p><i>"(...) eu internamente arranjo os meus próprios apoios."-(E5)</i></p> <p><i>"Aceitei bem esta situação de doença."- (E6)</i></p> <p><i>"(...) fui eu própria sozinha (...)fez-se um avisozinho (...) e quer-se dizer eu própria (...) comecei a cortar muitas coisas (...)"- (E8)</i></p>
--------------------------	---



## Área Temática: Percepção da Intervenção de Enfermagem

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Intervenções Valorizadas	Vigilância contínua	<p><i>"[A equipa de enfermagem] (...) estavam sempre em cima do acontecimento em termos de sinais vitais, de visualização do cansaço, um dia aqui mandaram-me parar porque tinha muitas extrasístoles(...)"-(E1)</i></p> <p><i>"(...) estavam [a equipa de enfermagem] permanentemente a monitorizar a situação."-(E1)</i></p> <p><i>"[As enfermeiras da unidade de reabilitação cardíaca] era mais por causa do controlo das tensões."-(E2)</i></p> <p><i>"[as enfermeiras na enfermaria](...) estavam sempre atentas aos monitores, vinham conversar comigo (...) saber se estava tudo a correr bem(...)"-(E2)</i></p> <p><i>"(...) eu fui apanhado a fumar lá em cima até 5 vezes e vinha a enfermeira cheia de razão e [chamava a atenção]!"-(E3)</i></p> <p><i>"(...) normalmente só viam as tensões e em termos ativos não havia muito para fazer."-(E4)</i></p> <p><i>"(...) aqui vinha tirar as pulsações e pronto, para que elevássemos um bocadinho e tudo bem e ate logo no início quis fazer uma análises...fizeram, vim cá fazê-las."-(E4)</i></p> <p><i>"(...)entram 4 enfermeiros pela enfermaria dentro (...) com o carrinho de suporte de vida, (...)puseram-me aquelas placas, porque eu tive uma arritmia (...) e eles [os enfermeiros] estavam a ver no computador (...) eu não senti nada, e portanto (...) eles estavam atentos à situação a vigiar."-(E7)</i></p> <p><i>"(...) as horas dos medicamentos, as horas das refeições, todo o trabalho que se tem que ter com o doente, tirar sangue, espetacular, sempre ali, tudo a horinhas."-(E7)</i></p> <p><i>"Davam-me de comer, faziam-me provavelmente análises, tinham ligado lá um aparelho."-(E9)</i></p> <p><i>"(...)Perguntavam se eu estava bem, avaliavam-me as tensões, e pesavam (...)"-(E10)</i></p>
	Informação proporcionada	<p><i>"Era uma informação sobre a alimentação, a mudança dos hábitos, sobre o que continuar a fazer, o modo como devemos fazer os exercícios de aquecimento, de abaixamento (...)"-(E1)</i></p> <p><i>"(...) davam uns certos conselhos (...) sobre as bebidas sem gás, sem conservantes, alimentação sem sal (...)"-(E2)</i></p> <p><i>"A [enfermagem] também dava [informação], mas já estávamos informados um pouco com a nutricionista (...)"-(E4)</i></p> <p><i>"(...) a informação que me davam era a que eu pedia, não é!"-(E5)</i></p> <p><i>"Aconselhavam-me em relação ao problema que me deu, o enfarte."-(E6)</i></p> <p><i>"[Diziam] que tinha que tomar os medicamentos diariamente, a alimentação, o beber (...)podia beber um ou dois copos por dia à refeição (...)"-(E6)</i></p> <p><i>"Os enfermeiros facilitavam-me nos conselhos da alimentação e também na preparação da ginástica."-(E6)</i></p>

<p>Competência dos profissionais</p>	<p>Apoio</p>	<p><i>"[Informação] dos cuidados, o fazer as caminhadas, fazer mais calma (...)"- (E8)</i></p> <p><i>"Por acaso deram-me [informação] alguma porque eu pedi para ver como é que estavam as artérias, eles[enfermeiros] tiveram a ver o processo(...)"-(E9)</i></p> <p><i>"(...) isso vim aqui as conferências, ouvir as conferencias [sobre alimentação]"- (E9)</i></p> <p><i>"(...) ganhei consciência de que o exercício era importante, o que já não é mau."-(E9)</i></p> <p><i>"Davam-me o que me podiam dar [apoio], conforto em especial sempre que estavam lá, sempre disponíveis, sempre com atenção na gente, pronto acho que foi gente super espetacular!"-(E3)</i></p> <p><i>"(...)o apoio material(...) e o apoio psicológico."-(E5)</i></p> <p><i>"Desde que me deu isso deram-me muito apoio, para eu não pensar, para não ir abaixo [apoio da família e do hospital]"-(E6)</i></p> <p><i>"(...) até convivia e fiz muita amizade."-(E6)</i></p> <p><i>"(...) passei muitos momentos agradáveis aqui dentro (...) a boa disposição (...) a camaradagem com toda a gente, com enfermeiros, auxiliares, doentes, (...) a gente ganha amigos (...) e olhe vai ajudando a levar a vida para a frente."-(E7)</i></p> <p><i>"(...) foram muito atenciosos não tenho razão de queixa." (E10)</i></p> <p><i>"(...)o profissionalismo, os cuidados que têm com os doentes [a equipa multidisciplinar](...) nós vemos a simpatia, a paciência com as pessoas(...)"-(E2)</i></p> <p><i>"(...) a nível de toda a gente, não só da enfermagem, serviço exemplar, pessoas espetaculares."-(E3)</i></p> <p><i>"Lidei com pessoas espetaculares que me ajudaram muito!"- (E3)</i></p> <p><i>"(...) a enfermagem nós temos bons enfermeiros, e de apoio de medicos (...) não tenho, não tenho nenhuma crítica a fazer."-(E5)</i></p> <p><i>"(...) o pessoal que me tocou a mim era muito simpático e esforçado e parecem-me competentes."-(E9)</i></p> <p><i>"São pessoas habilitadas (...)"-(E10)</i></p> <p><i>"(...) vim para aqui, e fui aqui bem atendido também por acaso tive sorte(...)" -(E10)</i></p>
<p>Relação com a equipa multidisciplinar</p>		<p><i>"(...)eu tenho tido uma boa relação com eles, a relação com a enfermagem e toda a equipa(...)"-(E1)</i></p> <p><i>"Ótima! [ a relação com os enfermeiros]"-(E2)</i></p> <p><i>"Todas as pessoas que eu lidei, foram pessoas espetaculares."-(E3)</i></p> <p><i>"É boa (...) [a relação com os enfermeiros]"-(E5)</i></p> <p><i>"Muito boa [ a relação com os enfermeiros]"- (E6)</i></p> <p><i>"Olhe 5 estrelas [ a relação com os enfermeiros]."-(E7)</i></p> <p><i>"Boa [a relação com a equipa enfermagem], não tenho queixas."-(E9)</i></p> <p><i>"(...) foi boa [a relação com a equipa enfermagem]"-(E10)</i></p>

